



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE TECNOLOGIA

DEPARTAMENTO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

TAMARA GRISI RIBEIRO

**ESTUDO COMPARATIVO SOBRE AS METODOLOGIAS DO MODELO
DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO E DA ORGANIZAÇÃO NACIONAL DA
SAÚDE POR MEIO DE UM ESTUDO DE CASO**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

JOÃO PESSOA - PB

2017

TAMARA GRISI RIBEIRO

**ESTUDO COMPARATIVO SOBRE AS METODOLOGIAS DO MODELO
DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO E DA ORGANIZAÇÃO NACIONAL DA
SAÚDE POR MEIO DE UM ESTUDO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de curso desenvolvido e apresentado no âmbito do Curso de Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal da Paraíba como requisito para obtenção do título de Bacharel em Engenharia de Produção.

Orientadora: Prof.^a Lígia de Oliveira Franzosi Bessa

JOÃO PESSOA - PB

2017

R484e Ribeiro, Tamara Grisi

Estudo Comparativo sobre as Metodologias do Modelo de Excelência em Gestão e da Organização Nacional da Saúde por meio de um Estudo de caso ./ Tamara Grisi Riebiro. – João Pessoa, 2017.

72f. il.:

Orientador: Prof.^a. Dr.^a Lígia de Oliveira Franzosi Bessa.

Monografia (Curso de Graduação em Engenharia de Produção)
Campus I - UFPB / Universidade Federal da Paraíba.

1. Acreditação Hospitalar 2. Análise Comparativa 3. *Framework* 4.
Gestão da Qualidade 5. MEG 6. ONA I. Título.

BS/CT/UFPB

CDU: 2.ed. 658.5(043.2)



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE TECNOLOGIA
DEPARTAMENTO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

FOLHA DE APROVAÇÃO

Aluna: Tamara Grisi Ribeiro

Título do trabalho: Estudo Comparativo sobre as Metodologias de Avaliação do MEG e da ONA

Trabalho de Conclusão do Curso defendido e aprovado em 20/11/2017 pela banca examinadora:

Orientadora - Profa. Dr. Ligia de Oliveira Franzosi Bessa

Examinador interno - Profa. Dr. Juliana Machion Gonçalves

Examinador interno - Profa. Dr. Rogério Santana Peruchi

AGRADECIMENTOS

Gostaria de ressaltar minha eterna gratidão a todas as pessoas que de forma mais ativas ou com palavras de apoio me encorajaram a dar continuidade e finalizar esse trabalho que tanto requer de nós.

De um tempo para cá decidir adotar a filosofia que “somos o que fazemos” e isso me fez aprender muito sobre quem eu sou e como os meus atos interferem nas outras pessoas. Com isso aprendi muito, entre elas:

Aprendi, por exemplo, que posso obter consolo e cumplicidade nas meninas de “a espera de um milagre” que compartilharam comigo essa pressão de conclusão de curso e todas as dificuldades encontradas ao longo do curso.

Os amigos que o curso me deu, sejam esses do início do curso e os que chegaram depois, me ensinaram o quanto é bom ter pessoas que tornam nossos dias mais leves e compartilham nossas lembranças.

Com minha orientadora e agora amiga, Dra. Lígia Bessa, que temos que ter dedicação e comprometimento ao que nos propormos fazer, mesmo que isso implique em receber a orientanda em casa em pleno domingo (mais de uma vez). Muita gratidão por tê-la escolhido e pela senhora ter aceitado realizar esse desafio comigo.

Nas amizades de infância apenas confirmei o que venho trazendo desde a época do colégio, posso contar com vocês para tudo! Inclusive achar graça do meu desespero.

Na minha mãe vi o nervosismo compartilhado em acabar logo esse trabalho, já no meu pai, a alegria em saber que a data da apresentação estava definida. Obrigada por serem como são e por me dar todas as possibilidades.

Por fim, queria agradecer a Deus por pôr todas as pessoas especiais na minha vida, como meus irmãos e avós e, em especial, o meu companheiro, que dividiu comigo toda a cobrança, pressão e estresse que vivemos nesse período. Sou grata por te ter em minha vida e por você continuar ao meu lado quando nem mesmo eu estou me suportando.

RESUMO

Os modelos de gestão foram elaborados a fim de auxiliar no desenvolvimento das organizações de todo o mundo e de todos os setores. Alguns desses modelos foram elaborados com foco específico para alguns segmentos do mercado. A Acreditação Hospitalar é um exemplo desse caso. Onde através de uma sequência de orientações e padrões, busca desenvolver a gestão da qualidade das instituições de saúde com o objetivo de melhorar a assistência médica e mitigar as imperícias médicas. O seguinte estudo visa, por meio de um estudo de caso, verificar se a utilização do Modelo de Excelência em Gestão (MEG) auxiliará as instituições de saúde a conseguir a certificação da Organização Nacional da Qualidade por meio da aplicação dos seus oito fundamentos.

A fim de aprofundar o estudo utilizou-se do método de comparação de modelos (*framework*), da análise comparativa entre os fundamentos do MEG e as orientações da ONA. Com os resultados obtidos a partir dessas metodologias, foi possível identificar os três fundamentos que mais contemplavam orientações do primeiro nível da acreditação. A sua veracidade foi testada na aplicação da avaliação do MEG 21 no hospital estudo de caso.

Palavras-chaves: Acreditação Hospitalar. Análise Comparativa. *Framework*. Gestão da Qualidade. MEG. ONA.

ABSTRACT

Corporations have been increasing their competitive advantages and looking for new tools and methodologies to keep their business up to date. Quality management emerged from the necessity of industries to manage its own processes to increase quality and decrease costs. Due to highly competitive market, companies needed to change their ways to improve their performance, so they created normative models to help the implementation of good managerial practices. MEG (Management excellence model) is the national guide to good managerial practices and for the last 26 years has been made significant contributions to keep Brazilian organizations competitive, awarding them prizes for excellence. At the same time some market segments such as the health sector, created its own methodologies and guides to absorb those concepts of good practices, and to identify and ensure the sector was keeping up with these standards, ONA (National Accreditation Organization) was created. This study uses a framework, based on comparative analysis applied to a case study to compare methodologies. Based on the results it was possible to identify three major elements that represent ONA standards. The study is supported by the MEG evaluation on Alpha Hospital.

Keywords: Quality management; MEG; ONA; Hospital accreditation; Framework; Comparative analysis

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Evolução das Eras da Qualidade.....	22
Figura 2: Modelo de Excelência <i>Baldrige</i>	29
Figura 3: Modelo de Excelência - EFQM.....	31
Figura 4: Modelo de Excelência em Gestão - MEG.....	34

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Conceitos da Qualidade	20
Quadro 2: Princípios da Qualidade.....	25
Quadro 3: <i>Deming Application Prize</i> - Critérios de Avaliação	28
Quadro 4: Critérios de avaliação e pontuação - Prêmio <i>Malcolm Baldrige</i>	30
Quadro 5: Critérios de avaliação e pontuação - Prêmio EFQM.....	32
Quadro 6: Fundamentos da Excelência - MEG	33
Quadro 7: Fatores de avaliação - Processos.....	36
Quadro 8: Fatores de avaliação - Resultados	36
Quadro 9: Princípios direcionadores	42
Quadro 10: Padrões e itens de orientação - Nível 1	43
Quadro 11: Padrões e itens de orientação - Nível 2.....	44
Quadro 12: Padrões e itens de orientação - Nível 3.....	45
Quadro 14: Descrição Sistêmica dos modelos.....	57
Quadro 15: Matriz de relação - Fundamentos x Subseções	59
Quadro 16: Fundamentos prioritários.....	62
Quadro 17: Matriz de relação - Fundamentos x Orientações	65
Quadro 18: Fundamentos prioritários II	73

LISTA DE ANEXOS

ANEXO I: Detalhamento subseções ONA.....	84
ANEXO II: Detalhamento Processos MEG	96

LISTA DE SIGLAS

EFQM	European Foundation for Quality Management
FNQ	Fundação Nacional da Qualidade
IBES	Instituto Brasileiro para Excelência da Saúde
JUSE	Associação Japonesa de Ciências e Engenharia
MBA – OPSS	Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares
MBAH	Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar
MEG	Modelo de Excelência da Gestão
ONA	Organização Nacional de Acreditação
PNQ	Prêmio Nacional da Qualidade
PPQ	Programa Paraibano da Qualidade
SGQ	Sistema de Gestão da Qualidade
TQM	Gestão da Qualidade Total

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	Objetivos	17
1.2	Justificativa	17
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	19
2.1	Qualidade.....	19
2.2	Evolução da Qualidade.....	21
2.3	Gestão da Qualidade	23
2.4	Modelos de Gestão da Qualidade	26
2.4.1	Prêmio Deming (Japônês).....	27
2.4.2	Prêmio Malcolm Baldrige (Estados Unidos da América).....	28
2.4.3	Prêmio EFQM – European Foundation for Quality Management (Europa)	30
2.5	Modelo de Excelência em Gestão – MEG.....	32
2.5.1	Prêmio Melhores em Gestão	35
2.6	Qualidade na saúde e Acreditação Hospitalar.....	37
2.6.1	Organização Nacional de Acreditação Hospitalar – ONA.....	39
2.6.2	Níveis para Acreditação Hospitalar	41
2.6.3	Estrutura – Princípio: Segurança	42
2.6.4	Processos - Princípio: Organização	43
2.6.5	Resultados - Princípio: Excelência da Gestão.....	45
3	METODOLOGIA	47
3.1	Tipo de Pesquisa.....	47
3.2	Atividades Desenvolvidas	48
3.3	Ambiente da Pesquisa.....	50
3.4	Sujeitos da Pesquisa.....	50
3.5	Estudo Comparativo.....	51
4	RESULTADOS.....	54
4.1	Descrição Sistêmica.....	54
4.1.1	Descrição Sistêmica dos Modelos	54
4.2	Análise Comparativa dos Modelos	58
4.3	Estudo de caso – Hospital Alfa	63
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	76

1 INTRODUÇÃO

Os avanços tecnológicos permitiram aproximar as distâncias impostas pelas barreiras físicas. As pessoas têm mais acesso às informações, o que as possibilita adaptar-se às mudanças. A competitividade nunca se fez tão presente nos relacionamentos pessoais e profissionais e a gestão do tempo tornou-se condição *sine qua non*, ou seja, indispensável. Tudo isso interfere na tomada de decisões das organizações, no seu desempenho e na sua rentabilidade.

Tendo em vista esse cenário, pode-se observar que as empresas estão buscando aperfeiçoar a eficiência das suas operações, estabelecendo objetivos claros e elaborando estratégias que lhe possibilitem alguma vantagem competitiva.

Recentemente, tais estratégias têm considerado algumas preocupações oriundas das transformações sociais e políticas que incluem necessidades, tais como: estimular a inovação nos produtos e processos; incentivar o empreendedorismo; alinhamento com a crescente importância da responsabilidade social e ambiental da organização; e implantar sistemas voltados à gestão da qualidade que abrangesse, entre os setores, o socioambiental e a segurança e saúde no trabalho (LOPES, 2014).

Essas necessidades fizeram com que um número cada vez maior de empresas priorizasse a qualidade dos seus produtos, serviços e processos, garantindo a satisfação, não apenas do que é percebido por seus clientes, mas por todos os seus *stakeholders* (PORTO, 2005).

A preocupação com a gestão da qualidade teve seu “ponta pé” inicial durante a Revolução Industrial, com o desenvolvimento das ferramentas de trabalho e dos sistemas de unidades de medidas, nos principais polos da época, Inglaterra e Estados Unidos (FERREIRA, 2009).

Para alcançar o patamar atual, a qualidade evoluiu de formas bem distintas, basicamente, através de quatro eras, são essas: Inspeção; Controle Estatístico da Qualidade; Garantia da Qualidade; e Gestão da Qualidade Total (TQM) (GARVIN, 1992).

A fase da Gestão da Qualidade Total, ou TQM, busca gerir todos os recursos organizacionais, sejam eles físicos ou humanos, para desempenhar da melhor forma suas funções e garantir a qualidade nos seus produtos e serviços. Para isso, dispõem de ferramentas e métodos que lhes possibilitem a melhoria contínua dos processos (COLTRO, 1996).

Uma das ferramentas utilizadas para garantir o TQM é a implantação de Sistemas de Gestão da Qualidade (SGQ), que tem a finalidade de aplicar métodos e mecanismos que garantam a conformidade dos seus processos e produtos que resultam no compromisso das organizações com seus clientes, reforçando sua imagem e acompanhando a evolução dos mercados (SILVA, 2009, p.1).

A implantação e utilização do SGQ, atreladas às práticas do TQM, possibilita a avaliação de empresas de diferentes segmentos, quanto à padronização dos processos e medição da eficácia das ações tomadas nas diferentes áreas da empresa, aumentando o desempenho das organizações (LOPES, 2014).

Com o objetivo de aumentar o desempenho das organizações e avaliá-las quanto às suas boas práticas, foram criados diversos prêmios. Podem ser citados os principais como: Prêmio Deming, originado no Japão, Prêmio *Malcolm Baldrige*, dos EUA, o Prêmio Europeu da Qualidade, elaborado pela *European Foundation for Quality Management* (EFQM) (MAVROIDIS, TOLIOPOULOU & AGORITSAS, 2007) e o prêmio brasileiro Melhores em Gestão (PMG) da Fundação Nacional da Qualidade (FNQ) (FNQ, 2016).

O Prêmio Deming é o mais importante e antigo dos prêmios concedidos no mundo. Em homenagem ao Dr. William Edward Deming, foi criado em 1950 pela Associação Japonesa de Ciências e Engenharias (JUSE), buscando a excelência no desempenho baseado no gerenciamento do TQM (REZENDE, 2012).

O Prêmio *Malcolm Baldrige* surgiu em resposta ao acirramento da concorrência internacional, principalmente em relação ao mercado japonês que crescia a passos largos. O prêmio americano surgiu em 1987 e com o objetivo de estimular a qualidade dos produtos nacionais, que tinham como objetivo critérios competitivos a excelência e a satisfação dos clientes (NIST, 2009).

A *European Foundation for Quality Management* – EFQM desenvolveu o Prêmio Europeu de Qualidade em 1988, visando melhorar o desempenho das

empresas quanto aos clientes e abrir novas oportunidades de negócio (VASCONCELLOS, FORTUNA & LUCAS, 2012).

Por fim, o Prêmio Melhores em Gestão, antes conhecido como Prêmio Nacional da Qualidade (PNQ), foi criado em 1991 pela Fundação Nacional da Qualidade (FNQ) com o objetivo de orientar, avaliar e reconhecer as empresas com as melhores práticas em gestão em todo o território nacional (GARCIA, 2016).

Para auxiliar na promoção da excelência da gestão, contribuindo para o desenvolvimento econômico e resultados sustentáveis das empresas nacionais, foi necessário desenvolver um instrumento de referência para as boas práticas.

Partindo dessa necessidade, a FNQ adotou como guia metodológico o modelo americano da Fundação *Baldrige* da Gestão da Qualidade Total no período de 1992 a 1996. Durante os anos algumas alterações foram feitas no modelo americano a fim torná-lo mais condizente a realidade observada no Brasil. Até que em 2002, com o trabalho e conhecimento de diversas organizações e especialistas nacionais e internacionais surgiu o Modelo de Excelência da Gestão® (MEG) o primeiro modelo inteiramente brasileiro (FNQ, 2016).

Anualmente o MEG vem sendo aprimorado por meio do Núcleo Técnico Critérios de Excelência da Fundação, que além de renovar o projeto à frente dos demais modelos de gestão. O fato de o modelo brasileiro ser o único que está na sua 21ª edição apenas reforça essa preocupação da FNQ em mantê-lo atual e alinhado as necessidades do cenário mundial (PPQ, 2017).

Uma das principais alterações da nova versão do MEG refere-se às ferramentas e metodologias que podem ser utilizadas pela empresa para aprimorar suas práticas de gestão, entre elas, destaca-se a ISO (*International Organization for Standardization* - Organização Internacional de Normalização).

A ISO destaca-se por desenvolver normas técnicas que refletem na padronização dos processos, refletindo diretamente na construção das boas práticas. Foi elaborada pela *International Organization for Standardization*, situada na Genebra. Refere-se a uma organização internacional aplicação em todo o mundo, possuindo grande representatividade no estabelecimento de padrões internacionais e referências normativas para gestão (CORREIA, MELO & MEDEIROS, 2006).

Alguns desses referenciais normativos foram utilizados para elaboração de programas de melhoria contínua em diversos segmentos, como, nas áreas de comércio, indústria, tecnologia, alimentação e saúde.

Esses programas tinham como objetivo melhorar a qualidade dos produtos e serviços. Devido às necessidades específicas de cada área, estes referenciais normativos foram se especializando em segmentos mais precisos.

Segundo o Conselho Nacional de Medicina (2012) foi o que aconteceu no segmento da saúde, a padronização dos processos evitavam imperícias médicas ou erros graves de assistência hospitalar.

O Brasil começou a investir na melhoria da qualidade hospitalar no início da década de 90 por meio de duas importantes ações para melhoria da atenção hospitalar. A primeira foi idealizada pela Associação Paulista de Medicina que tinha como base o alcance de indicadores de excelência preestabelecidos para as instituições envolvidas de forma voluntária. Outra importante iniciativa, nessa mesma época, foi realizada pela Organização Pan-Americana de Saúde e tinha como objetivo difundir em todos os países da América do sul e central, os conceitos sobre Acreditação de hospitais, que ainda engatinhava de forma muito inicial nesses países (NOVAES, 2000, p. 7).

A Acreditação hospitalar tem como intuito garantir a qualidade da assistência por meio de padrões definidos. A certificação da qualidade, semelhante a ISO, é exclusiva as organizações de saúde.

No Brasil, a instituição responsável pela avaliação e emissão do certificado de Acreditação é a ONA (Organização Nacional de Acreditação). A sua criação em 1999 está fortemente relacionada com as mudanças que ocorreram após a Constituição de 1988, que definia a saúde como um direito de todo cidadão. A ONA contou com o apoio de instituições de saúde públicas e privadas, e sua implementação foi testada em hospitais das cinco regiões do país antes de ser validada (BRASIL, 1999).

A metodologia desenvolvida pela ONA para elaboração do manual de práticas a serem adotadas nos hospitais que desejassem ser acreditados teve uma forte influência do Manual de Acreditação de Hospitais para América Latina e Caribe e de

manuals de acreditação de países como Estados Unidos, Canadá, Inglaterra e Espanha (ONA, 2014, p.23).

O tema abordado nesse estudo não foi muito explorado em pesquisas anteriores no âmbito dos trabalhos nacionais, limitando o comparativo e busca por referências em estudos passados.

Alguns estudos apresentam pesquisas similares quanto ao comparativo de metodologias à aplicação do MEG. Como a realizada por Garcia (2016) onde o mesmo discute se a utilização plena do MEG por uma organização favorece sua transformação em organização do conhecimento. Outro estudo relevante ao tema foi o realizado por Reis (2011) que realiza uma análise comparativa entre diferentes tipos de modelos de gestão hospitalar por meio de um estudo de caso hospitais de Portugal.

1.1 Objetivos

A elaboração desse trabalho tem como objetivo realizar um estudo comparativo entre as metodologias de avaliação da Gestão da Qualidade desenvolvida pela Fundação Nacional da Qualidade com a avaliação da Organização Nacional de Acreditação.

Para isso, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Descrever a sistemática das avaliações do MEG e da ONA;
- Realizar a análise comparativa dos processos de avaliação/acreditação da ONA e do MEG em relação aos fundamentos e práticas adotadas;
- Testar a correspondência entre a análise comparativa das avaliações em um processo de acreditação de um hospital em João Pessoa.

1.2 Justificativa

A motivação para realização desse trabalho deu-se pelo interesse do hospital oftalmológico em conseguir a Acreditação Hospitalar utilizando-se do Modelo em Excelência em Gestão como ferramenta de auxílio para identificação dos processos-chaves a serem priorizados.

Vários estudos já demonstraram a importância da Acreditação Hospitalar na qualidade da assistência em saúde por meio de processos padronizados, gerenciamento de riscos e análise dos resultados, bem como para a melhoria contínua dos serviços, com a revisão dos seus processos e análises comparativas de resultados (LABBADIA ET AL., 2004; LIMA; ERDMANN, 2006; PORTO; REGO, 2005; NETO; BITTAR, 2004; QUINTO NETO; GASTAL, 1997). Embora seja um assunto relevante, visto que os hospitais prestam serviços essenciais à sociedade, são responsáveis por grande parte das pesquisas e ensino da medicina. Além disso, geram empregos em diversas categorias e movimentam o complexo industrial da saúde, significado vital para a economia (ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA DESENVOLVIMENTO DA MEDICA, 2017). São escassas as referências a respeito da implantação de modelos de gestão da qualidade em hospitais.

Em pesquisa realizada recentemente pelo Setor da Saúde (2016), apenas 4,16% das instituições de saúde do Brasil possuem certificado de Acreditação Hospitalar. Ao detalhar a pesquisa para as regiões do país, fica evidenciado o descaso na gestão da qualidade hospitalar no nordeste, onde menos de 2% das instituições são acreditadas. Possuindo o pior desempenho entre as regiões brasileiras.

O presente trabalho visou comparar os processos de melhoria da gestão de duas metodologias e identificar se a utilização do MEG nas organizações de saúde dará suporte na obtenção do certificado de Acreditação Hospitalar.

Com isso, deseja-se que mais instituições de saúde busquem melhorar a qualidade dos seus processos e conseqüentemente nos serviços que são oferecidos a sociedade, além de motivar mais estudos na área.

A realização desse trabalho permitiu ao acadêmico expandir seus conhecimentos na área de gestão hospitalar e direcionar esforços para um segmento mais específico que pouco abordado durante os ensinamentos acadêmicos. Com isso, deseja-se motivar mais docentes e discentes a realizar pesquisas na área.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A seguir será apresentada a fundamentação teórica referente ao tema do presente trabalho: Evolução da Qualidade; Qualidade; Gestão da Qualidade; Modelos de Gestão da Qualidade; Modelo de Excelência em Gestão; Gestão na Área Hospitalar e Acreditação. Com o objetivo de embasar conceitualmente os assuntos abordados na pesquisa, foi evidenciada, a análise no que se refere ao gerenciamento da qualidade por meio de modelos de gestão, mais especificamente na área da saúde.

2.1 Qualidade

Nos dias atuais, o conceito sobre a qualidade tornou-se de grande importância para as organizações. Porém, é possível perceber que embora a palavra “qualidade” esteja sendo cada vez mais utilizada, a totalidade e a abrangência do seu entendimento ainda é limitada. As possibilidades de interpretação da definição da qualidade e a generalidade com o qual o termo é utilizado permite englobar sinônimos que vão desde o luxo e o mérito até a excelência e valor (CARVALHO, 2003).

Com isso, a variedade de definições resulta em conclusões equivocadas e não tão precisas no que se refere à qualidade. Essa abrangência pode ser prejudicial para o processo de gestão e tomada de decisão da empresa. De acordo com Shiozawa (1993) tanto a qualidade quanto o seu conceito são dinâmicos e são percebidas de formas diferentes ao longo dos anos. Fazendo uma retrospectiva quanto ao conceito de qualidade podem-se observar diferentes definições ao longo dos anos por diferentes autores no Quadro 1.

Quadro 1: Conceitos da Qualidade

Autor	Ano	Definição
Deming	1950	Máxima utilidade para o consumidor.
Feigembaum	1951	Perfeita satisfação do usuário.
Juran	1954	Satisfação das aspirações do usuário.
Juran	1961	Maximização das aspirações do usuário.
Juran	1964	Adequação ao uso.
Crosby	1979	Conformidade com os requisitos do cliente.
Ishikawa	1984	Satisfação proporcionada por um produto, durante um longo período de utilização.

Fonte: Adaptado por Shiozawa (1993) e Ishikawa (1984).

A qualidade pode ser entendida como a capacidade de um produto atender corretamente e de forma confiável e segura as necessidades do cliente, combinando ações de marketing, engenharia, produção e manutenção (ABREU, 1991; FEIGEBAUM, 1994; CAMPOS, 2004).

Corroborando com os autores, anteriormente citados, o Glossário da Organização Europeia para o Controle da Qualidade (1981, citado por JURAN, 1991, p. 15) define qualidade como:

A totalidade das características de um produto ou serviço relacionadas com sua habilidade em satisfazer uma determinada necessidade. No que diz respeito à qualidade dos produtos manufaturados, ela é determinada principalmente pela qualidade do projeto e pela qualidade da fabricação.

Para realização desse trabalho, consideram-se suficientes os conceitos apresentados, porém, ressaltando que não acabaram as concepções dos demais autores considerados referências clássicas.

Como se pode observar, os conceitos sobre o que é a qualidade foram se aperfeiçoando ao longo dos anos e muitas vezes essa percepção sobre o conceito foi influenciado pelas características da sociedade da época. As evoluções da qualidade serão detalhadas no tópico seguinte.

2.2 Evolução da Qualidade

Atender aos requisitos referentes à qualidade é uma preocupação das organizações desde o início do século XX. No entanto, as diversas etapas realizadas pelas empresas que demonstram a qualidade por meio do planejamento, definição, obtenção e melhora contínua, tem sofrido grandes evoluções ao longo dos anos, adaptando-se a mudanças políticas, econômicas e sociais (MENDES, p.12, 2007).

Segundo o autor David A. Garvin (1988), professor na *Harvard Business School*, Universidade de *Harvard* nos Estados Unidos, a evolução da qualidade esta dividida em quatro etapas, chamadas de “Eras da Qualidade”.

A primeira Era, Era da Inspeção, surgiu no início do século XIX, com o surgimento de um sistema de produção mais eficiente que o artesanal – produção em massa – a inspeção se fortalece como uma atividade necessária para o controle da qualidade. Durante esse período, o conceito de qualidade estava relacionado apenas com a conformidade ou não do produto acabado, não competindo à atividade da inspeção a resolução dos problemas (GARVIN, 1988). Com isso, os produtos rejeitados pela inspeção, por não atender aos padrões de qualidade previamente estabelecidos pela gestão, eram desperdiçados (LONGO, p.7, 1996).

A fim de atender às reais necessidades dos clientes, foram desenvolvidas técnicas estatísticas para controlar a qualidade, surgindo a segunda Era: Era do Controle Estatístico da Qualidade. *Walter A. Shewhart*, reconhecido juntamente com *Joseph Juran*, como responsáveis pelo desenvolvimento do controle estatístico da qualidade, estabeleceu a variedade como inerente aos processos industriais, utilizando de técnicas estatísticas para o controle de processos. Nesta fase, houve o estabelecimento de padrões mínimos para a aceitação dos produtos por meio do monitoramento e avaliação da produção diária (GARVIN, 1988).

Com o estabelecimento destes padrões de monitoramento e avaliação da produção, inicia-se a terceira Era, a garantia da qualidade, que possuía como objetivo principal a prevenção de defeitos ao longo da cadeia produtiva, buscando o envolvimento de todos os setores e grupos funcionais da organização (MARTINS & COSTA, p. 302, 1998; SILVA, p.18, 2009). Esse período foi marcado pelo desenvolvimento de técnicas, como: quantificação dos custos da Qualidade,

proposto por Juran em 1951; o controle da Qualidade Total, por *Feigenbaum* em 1956; pelo programa de “Zero Defeitos” desenvolvido por Crosby em 1961 (MARQUES, p.61, 2006).

Surge então a quarta Era, Gestão da qualidade total, que teve origem no Japão e, posteriormente, foi adotado por empresas norte-americanas e europeias. Grandes autores como *Deming, Juran, Crosby, Feigenbaum, Taguchi, Ishikawa*, entre outros, são considerados os grandes mestres da gestão da qualidade e desenvolveram alguns princípios fundamentais para a implantação do modelo (MENDES, 2007).

Nesta fase o conceito de qualidade incorpora, além das especificidades dos produtos, as necessidades do mercado e dos clientes (MARTINS & COSTA, p.302, 1998).

A sequência cronológica, juntamente com as características de cada época, pode ser observada na Figura 1.

Figura 1: Evolução das Eras da Qualidade



Fonte: Elaborado pelo autor (2017).

Os princípios sobre o que a Gestão da Qualidade Total ainda é um assunto atual e utilizado pelas organizações mundiais para melhorar seus processos sempre de forma contínua. Tendo em vista isso, faz necessário aprofundar mais sobre o assunto.

2.3 Gestão da Qualidade

A gestão da qualidade consiste em assegurar as práticas adotadas pelas empresas para execução dos seus processos, sejam eles destinados a serviços ou a produtos, satisfação às exigências dos clientes.

Segundo Longo (1996, p. 10) a Gestão da Qualidade Total (TQM) refere-se a um modelo de gestão que potencializa a criação da consciência da qualidade em todos os processos organizacionais. Tem como objetivo garantir a satisfação do cliente; promover o trabalho em equipe com o envolvimento de toda a organização; estimular a busca constante pela solução dos problemas e reduzir erros.

O processo de implementação de uma abordagem transversal e integradora sobre o conceito de qualidade em uma organização não será um processo fácil nem rápido, visto que as obriga a conhecer as necessidades e expectativas de cada um dos seus *stakeholders* e considera-las em todas as suas decisões (CRATO, 2010, p. 17).

Segundo Marques (2006, p. 68) o processo de implantação da gestão da qualidade é “[...] extremamente abrangente na empresa, portanto, deve atingir todas as outras áreas, ou seja, o envolvimento da alta administração sobre o impacto da qualidade no sucesso da empresa é fundamental para a inserção da Gestão da Qualidade na vida de qualquer organização”.

Para uma organização adotar a Gestão da Qualidade é necessário realizar de forma planejada e sistêmica a implantação de um ambiente que possibilite a satisfação dos fornecedores e clientes da organização, sejam eles internos ou externos. (CERQUEIRA, 1995, p. 15). Com essa definição é possível verificar que a satisfação abrange muito mais do que apenas os clientes externos. A satisfação deve ser um valor perceptível também por seus fornecedores e clientes internos e

para que isso ocorra é necessário que esse valor esteja presente na cultura organizacional. Segundo Bernardo (2009, p. 26) para que isso aconteça é “[...] necessário adotar um sistema de treinamento, de técnicas e ferramentas, o que resultará numa melhoria contínua dos serviços prestados”.

Para Juran e Gryna (1991, citado por PALADINI, 1995, p. 105) a empresa que desejar implantar um sistema de Gestão da Qualidade deve:

- a) Estabelecer objetivos abrangentes;
- b) Determinar ações necessárias para alcançá-los;
- c) Atribuir responsabilidade por tais ações;
- d) Fornecer recursos para cumprir estas responsabilidades;
- e) Fornecer treinamento necessário;
- f) Estabelecer meios para avaliar o desempenho em face dos objetivos;
- g) Estabelecer um processo de análise periódica dos objetivos.

É possível verificar que as recomendações de Juran e Gryna estão profundamente alinhadas com a cultura organizacional da empresa, corroborando com o que foi citado por Cerqueira e Bernardo (1995; 2009) mencionados anteriormente.

De acordo com Marques (2005, p. 38), outro aspecto intimamente relacionado ao TQM é a liderança. Cabe ao líder o dever de se apresentar como diferenciador e facilitador das melhorias contínuas devido as apetência que o mesmo deve possuir em relação à comunicação, mudanças, trabalho em equipe, visão, busca de resultados, pró-atividade e empatia.

A gestão da qualidade tornou-se imprescindível para o gerenciamento e aprimoramento sucessivo de todas as organizações, produzindo benefícios para seus clientes, fornecedores, sociedade, etc. Seus princípios foram sumariamente enumerados pela ABNT/CB -25,0 (2000, citado por MELLO *et al.* 2006, p. 25-31) e por Campos (2004, p. 16). Conforme Quadro 2.

Quadro 2: Princípios da Qualidade

ABNT	CAMPOS
Foco no cliente: As organizações dependem de seus clientes, portanto, é recomendável que atendam as necessidades atuais e futuras, a seus requisitos e procurem exceder as expectativas.	Produzir e fornecer produtos e serviços que atendam concretamente às necessidade do cliente;
Envolvimento das pessoas: Pessoas de todos os níveis são a essência de uma organização e seu total de envolvimento possibilita que as suas habilidades sejam usadas para benefício das organizações.	Garantir a sobrevivência da empresa por meio do lucro contínuo adquirido pelo domínio da qualidade;
Abordagem de processo: Um resultado desejado é alcançado mais eficientemente quando as atividades e os recursos gerenciados como um processo.	Falar, raciocinar e decidir com dados e base em fatos;
Abordagem sistêmica para a gestão: Identificar, compreender e gerenciar os processos interrelacionados com o sistema contribui para a eficácia e a eficiência da organização no sentido de atingir seus objetivos.	Gerenciar a empresas ao longo do processo e não por resultados;
Melhoria contínua: A melhoria contínua do desempenho global da organização deveria ser um objetivo permanente.	Reduzir metodicamente as dispersões por meio do isolamento de suas causas fundamentais;
Benefícios mútuos nas relações com fornecedores: Uma organização e seus fornecedores são interdependentes e uma relação de benefícios mútuos aumenta a capacidade de ambos em agregar valor.	O cliente é o rei. Não permitir a venda de produtos defeituosos;
Abordagem para a tomada de decisão: Decisões eficazes são baseadas na análise de dados e informações.	Nunca permitir que o mesmo problema se repita pela mesma causa;
	Respeitar os empregados como seres humanos independentes;
	Definir e garantir a execução da Visão Estratégica da Alta direção da empresa.

Fonte: Campos (2004, p.16); Mello et al. (2006, p. 25 - 31)

Embora os princípios abordados por Campos (2004) sejam expostos de uma forma mais direta, ainda há um relacionamento com o que é tratado pela norma, onde estes princípios trabalham de forma complementar ao que deve ser implantado pela empresa.

Para promover a filosofia da qualidade total e melhoria contínua, um número cada vez maior de empresas tem vindo a adotar sistemas de gestão da qualidade (SGQ) mais ou menos completos e formalizados, certificados ou não, que integram diferentes áreas, como: saúde, segurança e higiene no trabalho, proteção ambiental, inovação, etc. (LOPES, 2014, p. 28).

A implantação de um SGQ possibilita as empresas medirem o seu nível de maturidade na gestão, por meio de estruturação e avaliação do Modelo de Gestão da Qualidade proporcionando referenciais comparativos e direcionadores de como a

empresa deve atuar em busca da melhoria contínua. As metodologias e critérios para avaliação desses modelos serão aprofundados no próximo item.

Segundo Schiesari em 1999, a auditoria é o mecanismo mais eficaz para o aperfeiçoamento de um sistema de gestão da qualidade. Baseia-se na identificação de deficiências que, pelo hábito, acabam passando despercebidas por aqueles ligados à atividade. De forma geral, pode-se caracterizar a auditoria da qualidade como uma operação fundamentada na busca de evidências e se são adequados ao processo. Tendo em vista isso, as auditorias possuem duas classificações: interna e externa. A interna tem o objetivo de auto avaliação e são realizadas por pessoas que não estejam envolvidas diretamente na execução da atividade, essas pessoas podem ser ou não membros da própria instituição. Na auditoria externa a realização é de responsabilidade de um órgão certificador isento dos interesses da empresa, com o objetivo de avaliar e certificar o sistema de gestão da qualidade da organização.

A avaliação das organizações de saúde é classificada como auditorias externas e consistem de dois momentos: a pré-visita e a visita propriamente dita. Na pré-visita o hospital divulga para todos os seus colaboradores o processo de avaliação. Posteriormente, a visita acontecerá através da solicitação voluntária à instituição acreditadora. A duração da visita dependerá do tamanho do hospital e da sua complexidade. Nesse momento, todos os setores serão avaliados de acordo com uma programação já definida, acompanhado pelos responsáveis do hospital (BRASIL, 1999).

2.4 Modelos de Gestão da Qualidade

A adoção de modelos de excelência em gestão, permitiram as organizações se auto avaliarem, ou seja, revisar, aprimorar, competir e prosperar em mercados cada vez mais complexos (REZENDE, 2012, p.6). Com isso, tornou-se clara a necessidade de padronização dos aspectos relacionados com a qualidade, possibilitando a utilização de um vocabulário comum entre as organizações, clientes e fornecedores (VILLAR, 2013, p. 32).

A avaliação possibilita mensurar as boas práticas abordadas nos modelos de excelência em gestão pelo mundo e comparar com outras organizações.

A difusão das boas práticas da gestão da qualidade pelo mundo está ganhando força por meio dos prêmios da qualidade (HOURNEAUX, CORREA, MAXIMIANO, 2005). Segundo Mavroidis *et al.* (2007), com o objetivo de estimular o aumento do desempenho das empresas foram criados os prêmios de qualidade:

- a) Prêmio Deming, originário do Japão;
- b) Prêmio Malcom Baldrige, dos Estados Unidos;
- c) Prêmio Europeu da Qualidade, fundado pela *European Foundation for Quality Management* (EFQM);
- d) Prêmio Nacional da Qualidade (PNQ), de origem brasileira.

2.4.1 Prêmio Deming (Japonês)

O prêmio Deming foi criado na década de 1950 pela Associação Japonesa de Ciências e Engenharias (JUSE), em homenagem ao Dr. William Edward Deming. É o mais antigo e importante dos prêmios concedidos no mundo e busca a excelência no desempenho na gestão da qualidade total (TQM). O prêmio é realizado anualmente a fim de reconhecer organizações que promovem o aprimoramento da qualidade da gestão (ISHIKAWA, 1986).

A finalidade do prêmio japonês é propagar a qualidade, por meio do reconhecimento de melhorias de desempenho organizacional (GHOBADIAN & WOO, 1996). Além deste, é a busca da melhoria contínua e a extensão da gestão da qualidade aos seus fornecedores (HARMA & TALWAR, 2007).

De acordo com Juse (2009), os critérios de avaliação do prêmio japonês se baseiam nos critérios de categoria de base, atividades exclusivas e gerenciamento da gestão. Os itens e os pontos dos critérios de avaliação podem ser alterados conforme o perfil da empresa.

Os critérios da avaliação na categoria de base estão dispostos no quadro a seguir.

Quadro 3: *Deming Application Prize* - Critérios de Avaliação

Critérios de Avaliação		Pontos
1	Políticas de gestão e suas implantações em materiais de gestão da qualidade	20
2	Desenvolvimento de novos produtos e/ou inovação de processos de trabalho	20
3	Manutenção da qualidade e melhoria do produto e operacional	20
4	Sistemas de gestão	10
5	Análise de informações e utilização de TI	15
6	Desenvolvimento de recursos humanos	15
Total de pontos possíveis		100

Fonte: *The Guide for the Deming Application Prize* (Juse, 2009)

O critério atividade exclusiva avalia as atividades relacionadas ao desenvolvimento de programas de qualidade da empresa. Tais atividades são divididas em seis categorias e a organização que desejar participar da premiação deve possuir no mínimo uma atividade exclusiva (JUSE, 2009). No critério “atividades exclusivas” a avaliação não é realizada mediante a conformidade com critérios existentes, mas sim, no desempenho, não havendo critérios definidos para a avaliação. O ultimo critério “gerenciamento da gestão” se resume na avaliação da função dos altos dirigentes. (BOAS & COSTA, 2011).

2.4.2 Prêmio Malcolm Baldrige (Estados Unidos da América)

O prêmio americano foi criado em 1987 com o objetivo de estimular a qualidade dos produtos nacionais americanos tornando-os mais competitivos frente aos produtos japoneses que estavam ganhando cada vez mais o mercado internacional (PROGRAMA PARAIBANO DA QUALIDADE, 2012).

O prêmio “*Baldrige Criteria for Performance Excellence*” estimula uma perspectiva sistêmica para o entendimento do desempenho da gestão. Os critérios refletem nas práticas consolidadas para mensuração do desempenho da organização, alinhados a uma linguagem padrão para o compartilhamento das melhores práticas da organização (CRITERIA FOR PERFORMANCE EXCELLENCE, 2005).

De acordo com Sharma e Talwar (2007, p. 23) o prêmio foi desenvolvido visando promover a sensibilidade para a qualidade, estimular o aprimoramento das boas práticas e competitividade das empresas americanas; identificar os requisitos para a excelência; facilitar a comunicação e o compartilhamento dessas boas práticas em gestão entre as empresas americanas; servir como ferramenta para orientar o planejamento organizacional e oportunidades de aprendizagem.

O prêmio Malcolm Baldrige possui uma estrutura que apresenta a organização em uma perspectiva sistêmica e com seus processos inter-relacionados que pode ser observada na Figura 2.

Figura 2: Modelo de Excelência *Baldrige*



Fonte: NIST, 2009.

Os critérios de avaliação para o Prêmio *Malcolm Baldrige* são derivados a partir dos conceitos da Figura 1 e divididos em sete categorias, descritas na Quadro 4 com sua pontuação correspondente.

Quadro 4: Critérios de avaliação e pontuação - Prêmio *Malcolm Baldrige*

Critérios de Avaliação		Pontos
1	Liderança	120
2	Planejamento Estratégico	85
3	Foco no Cliente	85
4	Medição, Análise e Gestão do Conhecimento	90
5	Foco em Recursos Humanos (Gestão de Pessoas)	85
6	Gestão de Processos	85
7	Resultados	450
Total de pontos possíveis		1000

Fonte: NIST, 2009.

Segundo o *National Institute of Standards and Technology* – Instituto Nacional de Padrões e Tecnologia (NIST) (2009), que é a instituição responsável pelo processo de avaliação do prêmio americano, as empresas que já receberam o prêmio possuíam as seguintes características em comum:

- a) Foco nítido no cliente e resultados significativos no atendimento ao consumidor;
- b) Acompanhamento dos custos de produção;
- c) Garantia da confiabilidade dos produtos;
- d) Controle nos índices de falhas ou defeitos;
- e) Mensuração da duração do ciclo de produção, com um aumento de sua produtividade.

O Prêmio *Malcolm Baldrige* tem como objetivo referenciar as boas práticas adotadas pelas organizações vencedoras além de possibilitar o compartilhamento de informações estratégicas e de gerenciamento entre as empresas para que estas possam adequá-las as suas necessidades (NIST, 2009).

2.4.3 Prêmio EFQM – European Foundation for Quality Management (Europa)

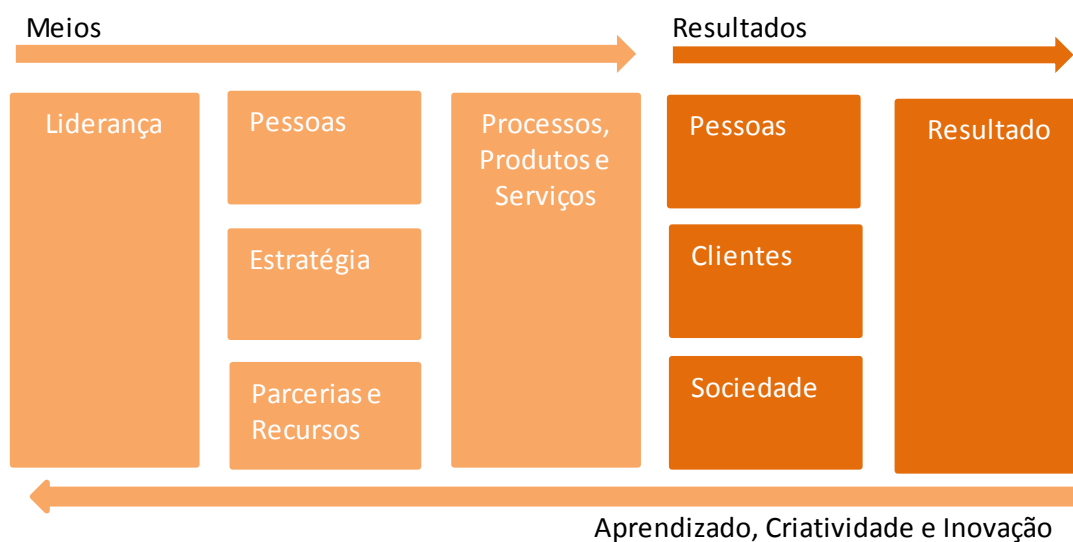
A *European Foundation for Quality Management* ou Prêmio Europeu de Qualidade, é uma associação sem fins lucrativos, fundada em 1989 por quatorze empresas europeias, com o objetivo de criar o prêmio europeu (CARPINETTI, 2010).

Segundo Vasconcellos, Fortuna e Lucas (2012) possui como público-alvo, empresas que desejam aprimorar o seu desempenho com clientes e abrir novas oportunidades de negócios.

De acordo com Boas e Costa (2011, p.36) o EFQM elaborou o Modelo de Excelência “*European Foundation for Quality Management*” em 1991, como uma ferramenta indispensável para avaliação e acompanhamento do nível de melhoria da competitividade das organizações.

O Modelo de Excelência da EFQM pode ser evidenciado na Figura 3.

Figura 3: Modelo de Excelência - EFQM



Fonte: EFQM, 2012.

O modelo de excelência da EFQM é dividido em duas categorias. A primeira que são “os meios” refere-se aos fatores organizacionais e o seguinte “resultados” o que as organizações vão realizar ou alcançar (CONTI, 2007).

Os critérios de avaliação do modelo europeu, divide-se em 9 categorias e estão dispostos no Quadro 5.

Quadro 5: Critérios de avaliação e pontuação - Prêmio EFQM

Critérios de Avaliação		Pontos
1	Liderança	100
2	Política e Estratégia	80
3	Pessoas	90
4	Parcerias e Recursos	90
5	Processos	140
6	Resultados Clientes	200
7	Resultados Pessoas	90
8	Resultados Sociedade	60
9	Resultados do Desempenho	150
Total de pontos possíveis		1000

Fonte: EFQM, 2003.

2.5 Modelo de Excelência em Gestão – MEG

Segundo Tadeu Pagliuso et al. (2010), ex-presidente da Fundação Nacional da Qualidade (FNQ), o Modelo de Excelência em Gestão (MEG), surgiu a partir da demanda das organizações brasileiras por um modelo gerencial focado na busca da excelência. Aplicável em organizações de qualquer tipo ou porte, o MEG é um guia de referência da categoria dos modelos padronizados, genéricos e não prescritivos. Desempenhando uma função de referência para os líderes responsáveis pela tomada de decisão a respeito de práticas a serem empregadas nas operações e nos processos organizacionais.

A grande adesão do MEG, entre as organizações públicas e privadas (FERREIRA, 2012) deve-se, de acordo com a Fundação Nacional da Qualidade (2011), em grande parte, pelo modelo não se basear na prescrição de práticas ou ferramentas específicas, mas sim em princípios gerenciais utilizadas em todo o mundo por organizações de excelência reconhecidas.

Em outubro de 2016 foi lançado a 21ª edição do MEG. Com a nova estruturação o guia incorpora as mais recentes e emergentes questões relacionadas com gestão. “[...] mitiga a dificuldade para uso do modelo, tornando-o de mais fácil absorção e entendimento, sem, [...] afetar o rigor técnico com que os temas são tratados” (FNQ, p. 6, 2016).

O MEG está baseado em oito “fundamentos da excelência” que se referem a conceitos reconhecidos em todo o mundo e utilizados por organizações líderes. Esses fundamentos desdobram-se em Temas que se subdividem em processos e nas indicações de ferramental mais adequado (FNQ, 2016).

Quadro 6: Fundamentos da Excelência - MEG

Fundamento	Definição
Pensamento Sistêmico	compreensão e tratamento das relações de interdependência e seus efeitos entre os diversos componentes que formam a organização, bem como entre estes e o ambiente com o qual interagem.
Aprendizado Organizacional e Inovação	busca e alcance de novos patamares de competência para a organização e sua força de trabalho, por meio da percepção, reflexão, avaliação e compartilhamento de conhecimentos, promovendo um ambiente favorável à criatividade, experimentação e implementação de novas ideias capazes de gerar ganhos sustentáveis para as partes interessadas.
Compromisso com as Partes Interessadas	estabelecimento de pactos com as partes interessadas e suas inter-relações com as estratégias e processos, em uma perspectiva de curto e longo prazos.
Adaptabilidade	flexibilidade e capacidade de mudança em tempo hábil, frente a novas demandas das partes interessadas e alterações no contexto.
Desenvolvimento Sustentável	compromisso da organização em responder pelos impactos de suas decisões e atividades, na sociedade e no meio ambiente, e de contribuir para a melhoria das condições de vida, tanto atuais quanto para as gerações futuras, por meio de um comportamento ético e transparente.
Liderança Transformadora	atuação dos líderes de forma ética, inspiradora, exemplar e comprometida com a excelência, compreendendo os cenários e tendências prováveis do ambiente e dos possíveis efeitos sobre a organização e suas partes interessadas, no curto e longo prazos - mobilizando as pessoas em torno de valores, princípios e objetivos da organização; explorando as potencialidades das culturas presentes; preparando líderes e pessoas; e interagindo com as partes interessadas.
Orientação por Processos	reconhecimento de que a organização é um conjunto de processos, que precisam ser entendidos de ponta a ponta e considerados na definição das estruturas: organizacional, de trabalho e de gestão. Os processos devem ser gerenciados visando à busca da eficiência e da eficácia nas atividades, de forma a agregar valor para a organização e as partes interessadas.
Geração de Valor	alcance de resultados econômicos, sociais e ambientais, bem como de resultados dos processos que os potencializam, em níveis de excelência e que atendam às necessidades e expectativas as partes interessadas.

Fonte: FNQ, 2016.

A mandala, utilizada no passado, foi substituída pelo Diagrama do MEG, que contém os oito Fundamentos da Gestão para a Excelência em forma de peças de *tangram*¹ que substituem os antigos Critérios da Excelência e visando o aprendizado e a melhoria contínua por meio do ciclo PDCL² (FNQ, 2016).

¹ O **Tangram** é um jogo antigo que surgiu no Oriente e consiste em sete peças. É formado basicamente por uma base quadrada dividida em cinco triângulos de tamanhos diferentes, um pequeno quadrado e um paralelogramo. Seu objetivo é conseguir montar uma determinada forma, usando as sete peças (GOELDI, 2017).

² O PDCL surgiu de uma adaptação do MEG em relação ao ciclo PDCA. A fim de assegurar o aprendizado organizacional e a melhoria contínua da gestão (FNQ, 2016).

“Ao utilizar o MEG como referência, a organização deve adaptá-lo (remontá-lo) na melhor forma que defina seu modelo de gestão. A figura simboliza um modelo de relacionamento entre a organização – considerada como um sistema adaptável, gerador de produtos e informações – e seu ambiente organizacional e tecnológico, além do próprio ambiente externo” (GUIA DE GESTÃO, p.6, 2016).

Figura 4: Modelo de Excelência em Gestão - MEG



Fonte: FNQ, 2016.

Para Garcia (p. 71, 2016) por se tratar de um modelo que faz referência a evolução, o MEG utiliza-se dos conceitos dos ciclos PDCL e PDCA³ para sua execução e garantia da melhoria contínua. O ciclo PDCL estabelece os padrões de trabalho e introduz o aprendizado baseado na experiência; enquanto o ciclo PDCA assegura o comprimento das práticas de acordo com os padrões de trabalho. Por meio disso, temos a constante ampliação da maturidade gerencial, que se inicia com o “Compromisso com a Excelência” até o mais avançado que é a “Excelência”.

³ O ciclo PDCA é uma sequência de atividades percorridas de maneira cíclica para melhorar as práticas das organizações, sejam estas pertencentes aos processos de fabricação ou aos demais processos de negócios da empresa (GRAHAM & WALDEN (1997); SLACK et al. (1997).

2.5.1 Prêmio Melhores em Gestão

Antes conhecido como Prêmio Nacional da Qualidade (PNQ), foi criado em 1991 e tinha como requisitos, segundo Vasconcelos, Fortuna & Lucas (2012) alcançar a excelência do desempenho e destaque na competitividade.

Entretanto, com as alterações do MEG 21, após 25 edições, o “Prêmio Nacional da Qualidade” foi remodelado dando origem ao “Melhores em Gestão” que é o reconhecimento máximo que uma empresa nacional pode ter por gestão para excelência (FNQ, 2016).

O processo de avaliação do Melhores em Gestão é realizado anualmente e tem como objetivo reconhecer as empresas classe mundial, além de estimular e apoiar as organizações para o desenvolvimento e evolução da sua gestão, por meio dos conceitos dos Fundamentos da Gestão para Excelência, tornando-as sustentáveis, competitivas e geradoras de valor para a sociedade (FNQ, 2016).

A avaliação pontua as empresas de acordo com os fundamentos, já apresentados no Quadro 6. A avaliação pode ser realizada em quatro níveis de pontos 150, 250, 500 e 1000. Os três primeiros são avaliados por instituições representes da FNQ em cada estado e a pontuação máxima só pode ser realizada pela própria.

A averiguação da evolução da empresa é realizada de acordo com a avaliação das práticas gerenciais segundo os processos desencadeados de cada tema. As análises das respostas são baseadas nos fatores de avaliação que, no novo modelo de excelência, estão relacionadas as etapas do PDCL, conforme Quadros 7.

Quadro 7: Fatores de avaliação - Processos

Fatores de Avaliação	Definição
Planejar	Abordagem adotada pela organização na concepção dos processos propostos e no estabelecimento de padrões, considerando os requisitos necessários e incluindo eventuais particularidades, de forma adequada, proativa e integrada, orientada para o alcance do propósito pertinente.
Realizar	Execução dos processos propostos, de forma abrangente e contínua, atendendo aos padrões estabelecidos, demonstrando o alcance do propósito planejado.
Verificar	Monitoração sobre os processos estabelecidos, na qual os padrões são controlados, para avaliar o alcance do propósito planejado, sinalizando o progresso, o sucesso, os problemas e as oportunidades de melhorias.
Aprender	Incorporação da experiência adquirida na execução e controle dos processos propostos, por meio do aperfeiçoamento na abordagem adotada pela organização, buscando ajustar, alterar ou reformulá-los para o alcance do propósito planejado.

Fonte: Guia de Avaliação MEG 21 (2017).

As definições sobre os fatores de avaliação para os processos do fundamento “Geração de Valor” se diferem por estar inteiramente relacionado à análise de resultados, como se pode observar no Quadro 8.

Quadro 8: Fatores de avaliação - Resultados

Fatores de Avaliação	Definição
Relevância	Refere-se a um conjunto de resultados estratégicos e operacionais, demonstrados por indicadores correspondentes.
Melhoria	Refere-se a demonstração de melhoria contínua ou estabilização em nível aceitável, isto é, em nível suficientemente competitivo ou cumprindo compromissos com requisitos das partes interessadas, ou ambos, de forma compatível com as estratégias, para os resultados estratégicos e operacionais.
Competitividade	Refere-se à demonstração, pelo menos no último ciclo ou exercício, de níveis de desempenho equivalentes ou superiores a referenciais comparativos pertinentes para os resultados estratégicos e operacionais, comparáveis no setor ou no mercado.
Compromisso	Refere-se à demonstração, pelo menos no último ciclo ou exercício, de alcance ou superação de níveis de desempenho ou de melhorias esperadas, associados aos requisitos de partes interessadas para os resultados estratégicos e operacionais, que expressem esses requisitos.

Fonte: Fonte: Guia de Avaliação MEG 21 (2017).

2.6 Qualidade na saúde e Acreditação Hospitalar

A preocupação com a qualidade, já presente na saúde desde Hipócrates⁴ tornou-se mais intensa no século XX. O sucesso do modelo de qualidade utilizado pela indústria japonesa serviu de motivação nas pesquisas da qualidade na área da saúde. Está foi inicialmente dimensionada no contexto industrial por pesquisadores americanos que trabalhavam com Qualidade (SCHIESARI, 1999).

Para Donabedian (1998), algumas considerações devem ser levadas em conta no que se referem aos diferentes modelos da qualidade, os quais explicitam as peculiaridades da transposição da qualidade para a área da saúde.

Nesse contexto, Donabedian (1998) identificou a análise de seis atributos-chave. O primeiro se refere à eficácia como habilidade em atingir os melhores resultados na assistência por meio dos melhores cuidados. O segundo trouxe a ideia da eficiência, por meio da diminuição de custos de assistência sem interferir nas melhorias alcançadas. O terceiro atributo refere-se ao equilíbrio entre os custos e efeitos dos cuidados na assistência. O quarto atributo incide na aceitabilidade dos serviços conforme as expectativas dos pacientes e familiares. O quinto propõe conformidade com os conceitos sociais expressos nas diretrizes organizacionais, normas regulamentadoras e leis. Por fim, o autor refere-se à equidade na assistência a saúde como último atributo. Portanto, entre as estratégias para a garantia e melhoria da qualidade está a influência do desempenho profissional e aprimoramento do modelo de gestão.

As instituições hospitalares tornaram-se mais complexas, exigindo a busca por inovações de produtos e serviços para se manter em um mercado cada vez mais competitivo. Assim, as mudanças eram inevitáveis e necessárias para garantir a sobrevivência dessas instituições (BRASIL, 1999).

A criação de instrumentos destinados à melhoria da qualidade da assistência na saúde tornou-se uma ação mundial, abandonando a concepção de ser apenas um conceito teórico. A avaliação constitui um pilar fundamental na garantia da

⁴ Hipócrates é considerado uma das figuras mais importantes na história da medicina, reconhecido por muitos como “o pai da medicina ocidental”. Foi um ícone ateniense sobre a rejeição das explicações místicas e sobrenaturais para os problemas de saúde e cura de doenças (MACIEL, 2013).

assistência à saúde e é entendida como um instrumento da gestão de serviços de saúde necessário para mensurar os esforços das organizações na qualidade dos serviços prestados, utilidade e relevância social (LABBADIA *et al.*, 2004).

Tendo como base esse contexto, a Acreditação Hospitalar se apresenta como um dos métodos de avaliação dos recursos das organizações de saúde. Sendo este voluntário, periódico e reservado, busca garantir a qualidade da assistência por métodos pré-estabelecidos (MANZO, 2009).

No final da década de 80, a Organização Mundial da Saúde iniciou um trabalho com a área hospitalar na América Latina, abordando o tema da qualidade na assistência. A Acreditação tornou-se um elemento importante para desencadear e apoiar iniciativas de qualidade nos serviços de saúde. Com isso, pretendia-se contribuir para uma mudança planejada de hábitos, de forma a provocar nos profissionais, de todos os níveis e serviços, e um novo estímulo para avaliar as deficiências e forças da instituição, com o planejamento de metas claras e mobilização constante para o aperfeiçoamento dos objetivos no que se refere à garantia da qualidade na assistência médica (ANTUNES, 2002).

No Brasil, o processo de Acreditação começa a se tornar possível no início dos anos 90 com a publicação da Acreditação de Hospitais para a América e Caribe. Em 1990 foi firmado um acordo entre a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Federação Latino Americana de Hospitais para a elaboração de um manual de “Padrões de Acreditação para a América Latina”, estruturado em padrões e níveis de complexidade, tendo a avaliação final determinada pelo nível mínimo atingido. No ano de 1992, foi realizado em Brasília o primeiro seminário nacional de Acreditação, sendo apresentado o Manual de Acreditação (NOVAES, PAGANINI, 1994).

Em 1998, o Manual de Acreditação passou por uma reformulação onde foram discutidas as normas técnicas que regulamentam o papel do órgão acreditador, a relação entre a instituição acreditadora e o Ministério da Saúde, o código de ética e o perfil do avaliador. Em agosto de 1999, a ONA, órgão credenciador das instituições acreditadoras, passou a ser o responsável pelo estabelecimento de padrões e monitoramento do processo de Acreditação realizado pelas instituições

acreditadoras. Com isso, em 2000, iniciou-se oficialmente o processo de Acreditação no Brasil (BRASIL, 2002).

2.6.1 Organização Nacional de Acreditação Hospitalar – ONA

Desde 1995 o Ministério da Saúde investe no desenvolvimento do Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar. Várias etapas do programa já foram implantadas, desde a divulgação, definições das características específicas do processo no país e a criação da entidade Organização Nacional de Acreditação (ONA), tendo em vista a enorme diversidade de hospitais, regiões e a pouca tradição de busca na melhoria contínua (MANUAL BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR, p.13, 2002).

A ONA é uma organização privada, sem fins lucrativos e de interesse coletivo, tendo como principais objetivos a implantação e implementação nacional de um processo, visando à melhoria permanente da qualidade de assistência (ONA, 2000). De acordo com Antunes (2002), a missão da ONA é a promoção de um processo de Acreditação, visando aprimorar a qualidade da assistência na área da saúde no Brasil. A ONA é responsável pelo estabelecimento de padrões e pelo monitoramento do processo de Acreditação realizado pelas instituições acreditadoras.

As instituições acreditadoras são empresas privadas, credenciadas pela ONA, que têm a responsabilidade de proceder à avaliação e a certificação da qualidade dos serviços de saúde no âmbito nacional (FELDMAN *et al.*, 2005).

A participação das organizações de saúde no processo de avaliação é feita de forma voluntária e a instituição de saúde que optar por aderir o processo de Acreditação estará firmando sua responsabilidade e comprometimento com a segurança, com a ética profissional, com a eficácia dos procedimentos realizados e a garantia da qualidade dos serviços prestados ao atendimento da população (ONA, 2000).

A Acreditação Hospitalar se caracteriza como uma metodologia desenvolvida para avaliar a qualidade da assistência oferecida em todos os serviços de uma instituição de saúde. Baseia-se na avaliação de padrões de referencia desejáveis,

elaborados por especialistas da área e previamente divulgados, e nos indicadores ou instrumento que o avaliador emprega para constatar os padrões analisados (BRASIL, 2004).

Segundo Bittar (2001), medir qualidade e quantidade em programas de saúde é fundamental para o planejamento, organização, direção, avaliação e controle das atividades desenvolvidas. Corroborando com o autor, Silva (p 111, 2003) destaca que as instituições de saúde, como empresas prestadoras de serviço, estão passando por mudanças rápidas quanto a rápida evolução tecnológica que atinge diretamente a todos os seus usuários. A partir dessa necessidade, surgiram programas de gestão pela qualidade, que são sistemas estruturados de forma a atender e superar as necessidades e expectativas dos clientes, através de controle e aperfeiçoamento contínuo do seu processo de trabalho.

O processo de Acreditação Hospitalar é um método de consenso, racionalização, ordenação e, principalmente, de educação permanente das organizações de saúde. Para avaliar se a qualidade assistencial está conforme ao método é utilizado um instrumento de avaliação específico, o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, assegurando o enfoque sistêmico e avaliação global da instituição (MBAH, 2002).

Os itens de verificação direcionam as fontes em que os avaliadores podem buscar evidências, ou aqueles que o hospital possa apresentar para indicar o cumprimento de determinado padrão e seu nível de execução. Essas evidências podem ser constituídas, entre outros, por documentos do hospital, entrevistas com a chefia de serviços, funcionários, clientes, familiares, prontuários médicos e registro dos pacientes (BRASIL, 1999).

As organizações aprovadas por este sistema de avaliação receberão o certificado de organizações acreditadas, com validade de dois anos para os níveis 1 (acreditada) e 2 (acreditada plena) e de três anos para o nível 3 (acreditada com excelência). Para tornar possível o acompanhamento das instituições quanto às mudanças e aperfeiçoamentos, ao final da validade da certificação deverão ser submetidas à nova avaliação para assegurar o padrão da qualidade na sua prática assistencial (BRASIL, 2002).

Os conceitos pertinentes às seções da ONA foram definidos a partir no MBAH, responsável por determinar os padrões exigidos para os diferentes níveis de Acreditação Hospitalar. Dessa forma, os conceitos serão expostos no Quadro 9.

Quadro 9: Seções de avaliação - ONA

Seção	Definição
Liderança e Administração	sistema de governo utilizado pela organização direcionados a liderança, diretrizes administrativas, planejamento institucional e relacionamento com o cliente.
Serviços Profissionais e Organização da Assistência	organização dos serviços profissionais que prestam assistência direta ao cliente/paciente e percorrem todos os serviços de atenção aos clientes, desde apoio ao diagnóstico até ensino e pesquisa, configurando as diretrizes assistencial da organização.
Serviço de Atenção ao Paciente/Cliente	tem por finalidade agrupar todas as unidades e serviços destinados a assistência, com características de contato direto com o usuário, processo ou serviço médico assistencial desenvolvido.
Serviços de Apoio ao Diagnóstico	Atividades e serviços voltados ao diagnóstico por imagem, laboratório, entre outros.
Serviços de Apoio Técnico e Abastecimento	serviços que envolvem ação técnica especializada envolvendo processos de abastecimento, fornecimento, estocagem, produção e/ou serviços de apoio e segurança e saúde ocupacional.
Serviço de Apoio Administrativo e Infra-estrutura	Atendimento as normas regulamentadoras com aprovação dos órgãos competentes, acessibilidade às instalações para usuários com segurança e controle dos requisitos ambientais.
Ensino e Pesquisa	tem por finalidade integrar todos os componentes que se relacionem às funções educativas e de pesquisa da instituição, de tal forma que permita realizar treinamentos funcionais, para educação permanente, formação dos recursos humanos e geração de novos conhecimentos.

Fonte: MBAH (2002); Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares (MBA – OPSS) (2006).

2.6.2 Níveis para Acreditação Hospitalar

O MBAH (Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar) é um instrumento de avaliação da qualidade institucional composto por seções e subseções. As seções correspondem aos serviços, setores ou unidades com características semelhantes para que a avaliação seja realizada de forma sistêmica na instituição; as subseções tratam o escopo de cada serviço, setor ou unidade, segundo três níveis, do mais simples ao mais complexo, sempre com um processo de incorporação dos requisitos anteriores de menor complexidade (BRASIL, 2004).

No processo de avaliação todas as subseções possuem o mesmo grau de importância. Cada subseção é composta por padrões que avaliam a estrutura, processo e resultado do mesmo serviço, setor ou unidade sendo que cada padrão é

constituído por uma definição e uma lista de orientações que auxiliam nos critérios a serem avaliados e na preparação nas instituições de saúde para o processo de Acreditação. Só se pode concorrer a um nível superior quando o anterior for atingido (LABBADIA, *et al.*, 2004).

Os níveis de padrões exigidos e verificados durante o processo de avaliação das instituições prestadoras de serviços de saúde estão ilustrados no Quadro 10.

Quadro 10: Princípios direcionadores

Nível	Padrões verificados
1	Atende aos requisitos formais, técnicos e de estrutura para a sua atividade conforme legislação correspondente; Identifica riscos específicos e os gerencia com foco na segurança. Princípio: Segurança (Quadro 10).
2	Gerencia os processos e suas interações sistemicamente; Estabelece sistemática de medição e avaliação dos processos; Possui programa de educação e treinamento continuado, voltado para a melhoria de processos. Princípio: Organização (Processos) (Quadro 11).
3	Utiliza perspectivas de medição organizacional, alinhadas às estratégias e correlacionadas aos indicadores de desempenho dos processos; Dispõe de sistemática de comparações com referenciais externos pertinentes, bem como evidências de tendência favorável para indicadores, apresenta inovações e melhorias implementadas, decorrentes do processo de análise crítica. Princípio: Excelência na Gestão (Resultados) (Quadro 12).

Fonte: MBAH (2002); Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares (MBA – OPSS) (2006).

A seguir, serão detalhados os três níveis de complexidade estruturados pelo MBAH para a certificação das instituições de saúde.

2.6.3 Estrutura – Princípio: Segurança

O primeiro nível da Acreditação corresponde ao princípio da segurança e estrutura, com padrões e itens de orientação específicos (Quadro 10). Sendo assim,

o hospital só será reconhecido como instituição acreditada quando atender a todos os requisitos do nível 1 (ONA, 2016).

Quadro 11: Padrões e itens de orientação - Nível 1

Padrão	Itens de Orientação
Atende aos requisitos formais, técnicos e de estrutura para sua atividade conforme legislação correspondente;	Responsabilidade técnica conforme legislação;
	Corpo funcional, habilitado ou capacitado, dimensionado adequadamente às necessidades do serviço;
Identifica riscos específicos e os gerencia com foco na segurança.	Condições operacionais que atendam aos requisitos de segurança para o cliente (interno e externo);
	Identificação, gerenciamento e controle dos riscos sanitários, ambientais, ocupacionais e relacionados à responsabilidade civil, de infecções e biossegurança.

Fonte: MBA-OPSS/ONA (2006/2008).

Para certificação no nível 1, a instituição deve atender as exigências que contemplam os requisitos básicos da qualidade na assistência ao cliente, com recursos humanos compatíveis à complexidade, ou seja, qualificação adequada (habilitação) dos profissionais e responsáveis técnicos com habilitação correspondente para as áreas de atuação. Também é necessário ofertar um atendimento seguro aos clientes e isso só será possível com o controle de riscos dos pacientes (MANZO, p. 25, 2009).

2.6.4 Processos - Princípio: Organização

O segundo nível da Acreditação corresponde ao princípio da organização, ou seja, a estruturação organizacional com base na padronização dos processos.

Sendo assim, o hospital só será reconhecido como instituição acreditada quando atingir os requisitos do nível 1 e os padrões e itens específicos de orientação do nível 2 (Quadro 11) (ONA, 2016).

Quadro 12: Padrões e itens de orientação - Nível 2

Padrão	Itens de Orientação
Gerenciar os processos e suas interações sistemicamente;	Identificação, definição, padronização e documentação dos processos;
Estabelecer sistemática de medição e avaliação dos processos;	Identificação de fornecedores e clientes e sua interação sistêmica;
Possui programa de educação e treinamento contínuo, voltado para a melhoria do processo.	Estabelecimento de procedimentos;
	Documentação (procedimento e registros) atualizada, disponível e aplicada;
	Definição de indicadores para os processos identificados;
	Medição e avaliação dos resultados dos processos;
	Programa de educação e treinamento continuado, com evidências de melhoria e impacto no processo;
	Grupos de trabalho para a melhoria de processos e interação institucional.

Fonte: MBA-OPSS/ONA (2006/2008).

Para a certificação no nível dois, são necessárias evidências de adoção de planejamento da assistência referentes às documentações, corpo funcional, treinamento, controle de indicadores, estatística básica para tomada de decisão clínica e gerencial e a prática da auditoria interna (MBAH, 2006).

Os processos referentes à organização são atividades voltadas aos cuidados do paciente, frequentemente relacionados a um resultado, bem como atividades voltadas à infraestrutura. Além disso, a instituição precisa estabelecer indicadores

para medir o trabalho de forma sistemática, para ser utilizada posteriormente como forma de avaliação dos serviços oferecidos. Os acompanhamentos desses indicadores são essenciais para elaborar planos de ação e estratégias voltadas a melhorar a performance do corpo funcional e a percepção dos serviços pelos pacientes (BITTAR, 2001).

Além da estruturação dos indicadores, também se faz necessário à padronização das rotinas, por meio dos Procedimentos Operacionais Padrão (POP). A padronização e documentação das rotinas, disponibilizada aos colaboradores, tornará possível a realização de procedimentos com qualidade (MANZO, 2011).

2.6.5 Resultados - Princípio: Excelência da Gestão

O último nível da Acreditação hospitalar corresponde ao princípio da excelência na gestão (resultados/melhorias), com padrões e itens de orientação também específicos a categoria (Quadro 12).

Quadro 13: Padrões e itens de orientação - Nível 3

Padrão	Itens de Orientação
Utiliza perspectivas de medição organizacional, alinhadas às estratégias e correlacionadas aos indicadores de desempenho dos processos;	Define as perspectivas básicas de sustentação organizacional (inovação e desenvolvimento, pessoas, clientes, processos, financeira e sociedade);
Dispõe de sistemática de comparações com referenciais externos pertinentes, bem como evidências de tendência favorável para os indicadores;	Sistema de indicadores de desempenho focalizando as perspectivas básicas, com informações íntegras e atualizadas;
Apresenta inovações e melhorias implementadas, decorrentes do processo de análise crítica.	Estabelecimento de relação de causa e efeito, entre os indicadores, em que os resultados de um influenciam os demais, bem como permitem a análise crítica do desempenho e tomada de decisão;
	Análise de tendência com apresentação de um conjunto de pelo menos três resultados consecutivos;
	Análises críticas sistemáticas com evidências de ações de melhoria e inovações;
	Identificação de oportunidades de melhoria de desempenho através do processo contínuo de comparação com outras práticas organizacionais com evidências de resultados positivos;
	Sistemas de planejamento e melhoria contínua em termos de estrutura, novas tecnologias, atualização técnico-profissional e procedimentos.

Fonte: MBA-OPSS/ONA (2006/2008).

As orientações do nível três estão voltadas ao planejamento das estratégias da organização. Os requisitos de segurança, organização e práticas de gestão da qualidade são direcionados ao planejamento estratégico, com os objetivos alinhados às expectativas organizacionais, metas, planos de ação e indicadores que permitam acompanhar e monitorar o seu comprimento, a fim de alcançar a melhoria contínua (MBA - OPSS; 2006).

3 METODOLOGIA

Neste capítulo serão apresentados os aspectos relativos às etapas de execução da pesquisa, de acordo com os objetivos estabelecidos anteriormente. Caracteriza-se o tipo, o ambiente, as variáveis e os sujeitos da pesquisa, bem como as técnicas e procedimentos utilizados durante a sua elaboração.

3.1 Tipo de Pesquisa

Segundo Vergara (p.46, 2004), a classificação da pesquisa compreende a relação entre dois aspectos: quanto aos meios e quanto aos fins. Os meios de investigação podem se classificar em: pesquisa de campo, pesquisa de laboratório, documental, bibliográfica, experimental, *ex-post facto*, participante, pesquisa ação e estudo de caso. Enquanto a classificação, referente aos fins, pode ser: exploratória, descritiva, explicativa, metodológica, aplicada e intervencionista.

Portanto neste trabalho, quanto aos meios, refere-se a um estudo de caso, pois o acadêmico busca analisar a aplicação de uma metodologia em situação real, buscando entender como o uso da metodologia poderá alcançar o objetivo pré-definido. De acordo com Yin (1989, p. 23) "o estudo de caso é uma inquirição empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de um contexto da vida real, quando a fronteira entre o fenômeno e o contexto não é claramente evidente e onde múltiplas fontes de evidência são utilizadas".

Quanto aos fins, trata-se de uma pesquisa descritiva, pois visa descrever a situação atual da organização quanto aos processos a serem atendidos para a certificação e definição dos conceitos dos fundamentos do MEG 21. A pesquisa descritiva preocupa-se em observar os fatos, registrá-los, analisá-los, classificá-los e interpretá-los, sem a interferência do pesquisador. Dessa forma, os fenômenos do mundo são estudados, mas não são manipulados pelo pesquisador.

A pesquisa também se classifica como exploratória, pois tem como objetivo comparar as metodologias utilizadas pela ONA e MEG. Gil (1999) afirma que a pesquisa exploratória é desenvolvida no sentido de proporcionar uma visão geral acerca de determinado fato. Assim, esse tipo de pesquisa é mais utilizado,

principalmente, quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil formular hipótese precisas e operacionalizáveis.

3.2 Atividades Desenvolvidas

A fim de auxiliar na identificação dos métodos abordados no trabalho, tendo em vista o atingimento dos objetivos propostos e os resultados alcançados, foi elaborado o Quadro 14, contendo tais características.

Quadro 14: Métodos da Pesquisa

Objetivos	Métodos	Resultados
Sistemática das avaliações do MEG 21 e ONA	Descrição sistêmica - Essa metodologia tem como objetivo auxiliar na identificação de similaridades e diferenças de modelos. Para o trabalho, a comparação foi realizada com base nos modelos de gestão da qualidade ONA e MEG. Para isso, fez-se necessário a descrição sistêmica aplicando-se o <i>framework</i> de descrição de modelos de referência de processos de Fettke & Loos (2006) e citado por Amigo & Rozenfeld (2011). Sendo assim, cada item do método foi avaliado e justificado diante a sua exigência perante os modelos.	A utilização do <i>framework</i> forneceu uma descrição sistêmica em relação à caracterização geral, construção e aplicação do modelo de referência, como retratado na Figura 5: Critérios para descrever modelos de referência de processos , do capítulo 3 referente a metodologia, tópico 3.5. "Estudo Comparativo". No Quadro 14, capítulo 4, é possível identificar de forma resumida os itens que foram considerados em comum para os modelos.
Análise comparativa dos processos de avaliação/acreditação do MEG e ONA	Análise comparativa - Para a análise comparativa, correlacionou-se as subseções da certificação da ONA com os fundamentos do modelo de gestão MEG 21, com base no detalhamento de cada um e na semelhança das entregas. Com isso, foi possível identificar os três fundamentos que mais atendem as subseções da ONA. Essa avaliação foi realizada com o apoio de técnicos de gestão da qualidade, a fim de tornar o processo mais imparcial. A correlação, onde uma subseção poderia está ligada a mais de um fundamento resultou a pontuação de subseções contempladas em cada fundamento.	Toda a correlação das subseções da ONA com os fundamentos do MEG está descrita no Quadro 16: Matriz de relação – Fundamentos x Subseções , presente no capítulo referente aos resultados.
Teste comparativo entre as metodologias no Hospital Alfa	Estudo de Caso - Para comprovar a identificação dos três fundamentos mais impactantes, realizou-se outra análise comparativa, desta vez entre as orientações da ONA para que o hospital conseguisse o certificado e os fundamentos do MEG 21. Novamente foi possível observar um padrão quanto aos fundamentos que mais contemplavam orientações. A fim de testar a hipótese levantada na análise comparativa, realizou-se uma avaliação no hospital sobre o MEG 21 na régua de 250 pontos. Identificando os processos (atendidos e não atendidos) na avaliação do MEG, relacionando-os com os três fundamentos prioritários identificados na etapa anterior.	O Quadro 18: Matriz de relação – Fundamentos x Orientação ilustra como foi relacionado os fundamentos e orientações. Os resultados obtidos pela avaliação do MEG no hospital estão representados pela Tabela 1 e Gráfico 1. Ambas as ilustrações estão contidas no Capítulo 4.

Fonte: Elaborado pelo autor (2017).

3.3 Ambiente da Pesquisa

A instituição, que será realizado o estudo de caso nesta pesquisa, refere-se a um hospital oftalmológico privado, de médio porte, fundado em setembro de 2013 que deseja alcançar a Acreditação Hospitalar, sendo denominado Hospital Alfa, por questões de privacidade.

Está localizado em João Pessoa e contém duas sedes próprias. Possui 27 funcionários e o corpo médico de nove associados, realiza em média 412 procedimentos cirúrgicos de alta ou baixa complexidade por mês. Além de atender pacientes particulares e planos de saúde possui parcerias com prefeituras do interior do estado para realizar exames e consultas em pacientes do SUS.

O hospital passou por uma auditoria de avaliação em abril de 2016, realizada pelo IBES ou Instituto Brasileiro para Excelência em Saúde, que é uma instituição acreditadora credenciada a realizar a avaliação. Na conjuntura atual não foi possível à certificação do hospital, porém a visita de avaliação gerou um relatório com processos que deveriam ser atendidos pelo hospital para reconhecimento e acreditação da instituição.

Na Paraíba apenas dois hospitais, um público e outro privado, possuem o certificado de Acreditação da ONA.

Para garantir um auxílio na estruturação dos seus processos, plano estratégico e resultados sustentáveis, aliados as diretrizes organizacionais o hospital optou pela acessória externa para a gestão da qualidade que utiliza com MEG como guia de referência.

3.4 Sujeitos da Pesquisa

Os sujeitos da pesquisa referem-se às pessoas envolvidas durante o processo de avaliação e que participaram das reuniões referentes à implantação dos processos de gestão. Essas pessoas envolvidas fazem parte de um comitê de gestão desenvolvido pelo hospital. Esse comitê é formado pelo: diretor administrativo, responsável técnico e gerente de atendimento.

Durante o processo de validação dos resultados, também se contou com a presença de técnicos de gestão da qualidade a fim de contrapor os pontos apresentados e utilizar dos conhecimentos adquiridos para tornar o processo o mais imparcial possível.

3.5 Estudo Comparativo

Para realização desse trabalho a descrição sistêmica dos modelos apresentados e a análise comparativa dos mesmos foram realizadas com base nos processos apontados no relatório feito pela IBES (nível 1) e nos processos a serem atendidos na régua de 250 pontos do MEG 21, não havendo aprofundamento quanto aos temas e subdivisões. A descrição sistêmica foi realizada aplicando o *framework* de descrição de modelos de referência de processos de Fettke & Loos (2006) e citado por Amigo & Rozenfeld (2011). A aplicação do *framework* consiste no detalhamento das etapas abaixo e ilustrado pela Figura 5.

- Caracterização geral:

- Origem: informa se o desenvolvedor do modelo é de origem acadêmica ou prática.
- Responsabilidade de modelagem: descreve as pessoas ou organização que desenvolveu o modelo.
- Acesso: informa se o modelo é de domínio público ou privado.
- Suporte a ferramentas: informa se o modelo pode ser usado por meio de uma ferramenta de *software* ou apenas em papel ou cópia digital.

- Construção:

- Domínio: Descreve a área de aplicação a qual o modelo se destina. Para esse estudo, ambos os modelos se destinam a gestão da 5qualidade.

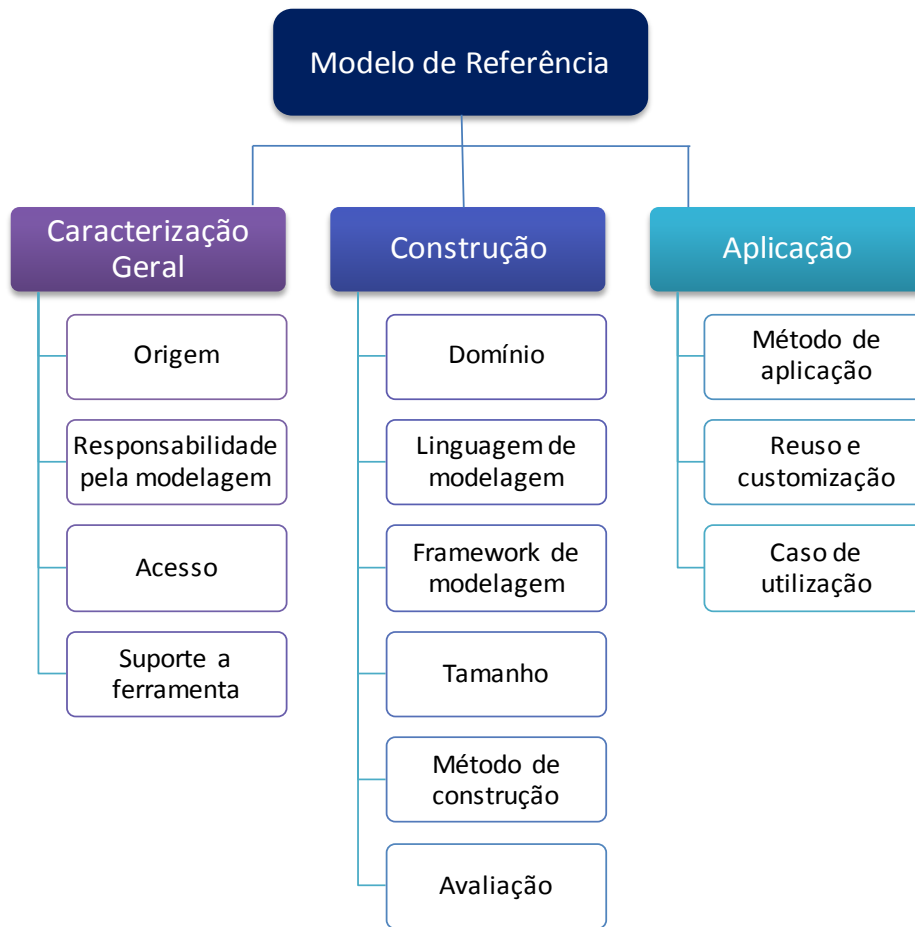
- Linguagem de modelagem: linguagem utilizada para representar o modelo.
- *Framework* de modelagem: descreve se o modelo de referência é baseado em um framework de modelagem, que ajuda a estruturar os elementos relevantes e reduz a sua complexidade.
- Tamanho: embora não existam técnicas apropriadas para medir o tamanho dos modelos, Fettke e Loos (2006) sugere utilizar o número de diagramas de representações e visões ou o número de passos do processo.
- Método de construção: conceito de modelagem utilizado para a construção do modelo de referência.
- Avaliação: descreve os métodos para avaliação do modelo de referência utilizado pelo desenvolvedor do modelo e por terceiros.

- Aplicação:

- Método de aplicação: método de aplicação do modelo de referência.
- Reuso e customização: lista de conceitos para reutilizar e customizar elementos do modelo no momento da aplicação deste.
- Caso de utilização: descrever com que frequência o modelo de referência foi aplicado para elaborar um modelo de aplicação.

A representação gráfica da estruturação para descrição de modelos por meio do *framework* está disposta na figura 5.

Figura 5: Critérios para descrever modelos de referência de processos.



Fonte: Amigo & Rozenfeld (2011).

A análise comparativa foi feita com o objetivo de encontrar correspondências entre os processos e subseções dos modelos analisados. Para isso, foi necessário comparar os fundamentos do MEG com as subseções da ONA e validá-los por meio das orientações não atendidas, apontadas pelo diagnóstico do IBES e correlacioná-los aos fundamentos do MEG 21 tendo como base o detalhamento dos processos requeridos e as definições estabelecidas durante o processo de resultados. A correlação foi feita com base nas similaridades das entregas.

4 RESULTADOS

Este capítulo tem como finalidade apresentar os resultados decorrentes do estudo comparativo entre as metodologias de avaliação do MEG com a avaliação da ONA por meio da sua aplicação em um estudo de caso.

Para isso serão apresentadas as definições utilizadas na pesquisa sobre os fundamentos do MEG e as seções da ONA. Em seguida, será realizada uma descrição sistemática sobre os modelos a fim de identificar as similaridades e diferenças entre ambos. A análise comparativa tem como finalidade correlacionar as subseções e orientações com os fundamentos do MEG e assim identificar os três mais relevantes para obtenção da certificação hospitalar nível 1. Por fim, a aplicação da avaliação do MEG no hospital a ser acreditado permitirá validar toda a comparação proposta entre as metodologias por meio da relação entre os processos não atendidos e a pontuação dos fundamentos.

4.1 Descrição Sistemática

O seguinte tópico tem o objetivo de definir os conceitos sobre os fundamentos do MEG e seções da ONA que serão adotados como direcionadores para a descrição sistêmica da metodologia do framework e posteriormente na análise comparativa.

4.1.1 Descrição Sistemática dos Modelos

A descrição sistêmica é realizada por meio do roteiro apresentado no tópico 3.5 Estudo Comparativo, no capítulo sobre metodologia. Nele são apontadas as características que devem ser comparadas entre os modelos a fim de avaliar suas similaridades e divergências. Sendo assim, a descrição foi realizada com base nessa sequência de etapas e pode ser analisada da seguinte forma:

a) Caracterização geral

Origem: Ambos os modelos foram desenvolvidos a partir da observação das boas práticas gerenciais adotadas por instituições que apresentavam resultados sustentáveis em relação ao mercado.

Responsabilidade de modelagem: os modelos foram criados pelas instituições responsáveis pela sua disseminação, através de comitês/conselhos formados por especialistas nas áreas para identificar e construir as práticas a serem empregadas como forma de alavancar as organizações que se apropriassem dos seus conhecimentos como guias de referência.

Acesso: o MEG e o MBAH são disponibilizados a partir de aquisição física ou digital nas plataformas *online* das instituições correspondentes.

Suporte a ferramentas: atualmente nenhum dos modelos oferece auxílio de ferramentas. Embora a versão anterior ao MEG 21 possuísse um *software* de avaliação de domínio da FNQ.

b) Construção

Domínio: Ambos se destinam a qualidade da gestão por meio das boas práticas de gerenciamento. O modelo descrito no MBAH (2002) é direcionado, especialmente, as instituições de saúde.

Linguagem de modelagem: Os modelos apresentam uma linguagem similar, alocando padrões e práticas a serem cumpridas em relação a determinadas áreas da organização. A linguagem utilizada para a gestão hospitalar é mais específica a sua área de atuação, tendo requisitos específicos à natureza desse negócio.

Framework de modelagem: os modelos comparados possuem um *framework* implícito, que pode ser observado pelo modo que os modelos são apresentados. Este *framework* possui uma estrutura que analisa indicadores de desempenho, conceito de aprendizagem e aperfeiçoamento contínuos, padrões a serem adotados durante os processos e procedimentos, entregas e metodologias para o desenvolvimento da qualidade da gestão em ambos os modelos.

Tamanho: o modelo nacional possui oito fundamentos, sendo um deles específico a análise de resultados, e 70 processos avaliados na régua de 250 pontos. O manual da ONA é composto de sete seções e 36 subseções a serem avaliadas durante a auditoria.

Método de construção: os dois modelos foram construídos com base na experiência profissional e acadêmica dos comitês formados com essa finalidade.

Avaliação: segundo a FNQ (2016) o modelo proposto pode ser utilizado para avaliações em qualquer modelo, seguimento e tamanho de negócio, contendo boas práticas de gestão de todo o mundo. Já a ONA (2014) afirma que seu modelo de gestão foi desenvolvido para atender as instituições de saúde se forma a garantir a qualidade na assistência médica e diminuir as chances de imperícias médicas. Em ambos os casos, a avaliação é realizada por profissionais credenciados pelas instituições responsáveis.

c) Aplicação

Método de aplicação: ambos os modelos disponibilizam guias/manuais para serem utilizados como direcionadores pelas organizações que assim desejarem. Ambas as plataformas das instituições também oferecem materiais de apoio, através de uma biblioteca virtual, para auxiliar as empresas na implantação dos padrões e práticas.

Reuso e customização: nos dois modelos, pode-se observar que os fundamentos e seções permanecem os mesmos ao longo dos níveis ou réguas de avaliação, que as mudanças ocorrem na complexidade que se é exigida nas etapas seguintes. A customização no MEG 21 é evidência pelo fato do modelo não ser prescritivo (FNQ, 2016) sendo a assim, as metodologias e ferramentas utilizadas para atingir o objetivo de cada processo fica a escolha da liderança da empresa avaliada. Já no manual de acreditação a customização ocorre de acordo com algumas áreas específicas presentes nas subseções que só serão avaliadas decorrentes do tipo de hospital a ser creditado. Como exemplo, podem-se mencionar as subseções de obstetrícia, neonatologia, hemoterapia, medicina

nuclear, radioterapia, entre outras áreas específicas da saúde que só são atendidas por hospitais que atendem a essas especialidades (MBAH).

Caso de utilização: de acordo com Quinto Neto (2016), existem no Brasil 6.099 hospitais gerais ou especializados e desses apenas 254 são acreditados, assim, apenas cerca de 4,1% das instituições de saúde no Brasil são acreditadas. Para a premiação do MEG a uma limitação para identificar quantas empresas já foram reconhecidas pelas boas práticas, visto que a avaliação e premiação nas régua de 150, 250 e 500 pontos são realizadas pelos programas setorial/estaduais. Realizando-se uma pesquisa no banco de dados da FNQ aproximadamente 30 empresas já foram premiadas no Brasil desde 1992. Como 2017 é o primeiro ano de premiação da 21ª edição do modelo ainda não houve nenhuma empresa avaliada.

A descrição sistemática, por meio da metodologia do *framework*, possibilitou identificar similaridades em 11 dos 13 pontos avaliados. Possuindo divergência apenas no tamanho e caso de utilização, que devido às limitações de pesquisa não foi possível estabelecer uma frequência mais clara da utilização dos modelos.

Quadro 15: Descrição Sistêmica dos modelos

Etapa	Item	MEG	ONA
Caracterização geral	Origem	X	X
	Responsabilidade de modelagem	X	X
	Acesso	X	X
	Suporte à ferramentas	X	X
Construção	Domínio	X	X
	Linguagem de modelagem	X	X
	Framework de modelagem	X	X
	Tamanho		
	Método de construção	X	X
	Avaliação	X	X
Aplicação	Método de aplicação	X	X
	Reuso e customização	X	X
	Caso de utilização		

Fonte: Elaborado pelo autor (2017).

Após identificar os atributos em comum foi possível realizar uma análise comparativa dos modelos, como será demonstrado no próximo tópico.

4.2 Análise Comparativa dos Modelos

A análise comparativa foi realizada com base nas definições previamente apresentadas e divididas em duas etapas, na qual ambas contaram com a presença de profissionais da área (Técnicos da Qualidade) para sua validação. A descrição das etapas será apresentada da seguinte forma:

a) Etapa I

A primeira comparação foi em relação aos fundamentos do MEG 21 (Quadro 6 – Capítulo 2) e as subseções do MBAH (2002), detalhadas no Anexo I. A correlação entre estes fatores foi realizada de acordo com suas definições, assuntos envolvidos e semelhanças nas entregas e seus resultados estão expostos no Quadro 15. Na coluna esquerda encontram-se os fundamentos do MEG 21 e na parte superior do quadro estão as subseções do MBAH. Quando há relação entre os fundamentos e subseções identificam-se com “X”.

(continua)

<div>Subseções</div> <div>Fundamentos</div>	Anatomia Patológica	Arquivo Médico	Controle de Infecções	Estatísticas	Farmácia	Nutrição e Diética	Lavanderia	Processamento de Materiais de Esterilização	Higiene	Segurança e Saúde Organizacional
Pensamento Sistêmico				X						
Aprendizado Organizacional e Inovação										
Compromisso com as Partes Interessadas				X			X	X	X	X
Adaptabilidade										
Desenvolvimento Sustentável				X					X	
Liderança Transformadora			X	X					X	X
Orientação por Processos	X	X	X		X	X		X	X	
Geração de Valor				X						

(concluída)

Subseções Fundamentos	Serviço Social	Documentação da Planta Física	Estrutura Físico-funcional	Sistema Elétrico	Manutenção Geral, Controle de Resíduos e Portabilidade da água	Segurança Geral	Biblioteca Informação Científica	Total
Pensamento Sistêmico								2
Aprendizado Organizacional e Inovação							X	2
Compromisso com as Partes Interessadas	X		X			X	X	18
Adaptabilidade								0
Desenvolvimento Sustentável			X		X			6
Liderança Transformadora		X		X		X		18
Orientação por Processos					X			24
Geração de Valor								1

Fonte:

Elaborado

pelo

autor

(2017).

A fim de tornar a análise mais confiável, contou-se com a contribuição de profissionais que atuam na área para validação das correlações.

As pontuações dos fundamentos foram obtidas a partir da avaliação dos técnicos, que propuseram a alocação das subseções e posteriormente passou-se por um processo de validação, na qual se chegou a tais valores. Algumas subseções foram alocadas em mais de um fundamento, por entende-se que seu detalhamento contemplava mais de uma área de abrangência. Como, por exemplo, a subseção Administração, que comporta padrões relacionados à descrição de cargos (Compromisso com as Partes Interessadas); atendimento as normas regulamentadoras e gerenciamento dos insumos (Liderança Transformadora) e controle financeiro e planejamento orçamentário (Desenvolvimento Sustentável).

O total das relações encontra-se na coluna direita no fim do quadro. O relacionamento dessas informações possibilitou identificar os três fundamentos da qualidade que causam mais impacto na obtenção da certificação da Acreditação Hospitalar. Após o relacionamento, foram identificados os três fundamentos prioritários, conforme Quadro 16.

Quadro 17: Fundamentos prioritários

Posição	Fundamento	Total
1º	Orientação por Processos	24
2º	Compromisso com as Partes Interessadas	18
3º	Liderança Transformadora	18

Fonte: Elaborado pelo autor (2017).

A identificação desses fundamentos e o que os caracteriza faz menção as dificuldades que algumas empresas vêm passando no mundo contemporâneo e como a destinação de recursos, sejam esses físicos ou humanos, podem impactar positivamente nos resultados organizacionais.

Corroborando com os resultados apresentados por essa análise, foram selecionadas algumas definições acerca do assunto.

Sendo assim, no cenário atual, a padronização é considerada a mais fundamental das ferramentas gerenciais (ESPÍNDOLA, 2011). O estabelecimento de padrões aos processos proporciona melhorias em qualidade, custos, cumprimento de prazos e segurança no processo. Além disso, facilita o treinamento de novos integrantes a função, visto que se têm os procedimentos utilizados para atingir os resultados (CAMPOS, 2014).

As partes interessadas são pessoas ou grupos que possuem interesses legítimos em aspectos substantivos ou processuais das atividades da empresa, representados pelos acionistas, força de trabalho, clientes, fornecedores e sociedade (DONALDSON e PRESTON, 1995; CLARKSON, 1995). Sendo assim, é importante definir, medir e monitorar seus interesses, associando-os aos indicadores de desempenho da empresa e definir estratégias que, durante o processo de tomada de decisão, possam atender aos interesses de todos e não apenas dos acionistas (HITT, 2005; FREEMAN, 1984; DONALDSON e PRESTON 1995; JONES 1995; METCALFE, 1998; MOORE, 1999).

Em paralelo a esses pontos, a liderança desempenha um papel crucial nas organizações. Fazendo-se necessários líderes competentes para conduzir os negócios, compreendendo a complexidade do ambiente em contínua transformação, além de possuir recursos pessoais a fim de potencializar a motivação e engajamento dos seus liderados na busca da própria excelência (HANDY, 1996; BERGAMINI, 1994).

Com o objetivo de validar a hipótese levantada na etapa I, sobre os fundamentos mais impactantes para o nível 1 da acreditação, foi realizada uma segunda etapa de análises.

4.3 Estudo de caso – Hospital Alfa

Como mencionado no capítulo três, o Hospital Alfa é uma instituição de saúde especializada em serviços oftalmológicos que desde o ano de 2015

estabeleceu como objetivo interno alcançar a certificação de qualidade na gestão hospitalar.

No ano de 2016 a instituição contou com a visita do IBES a fim de identificar os pontos fortes e as oportunidades de melhorias para, assim, intensificar os esforços para atingir o objetivo.

A auditoria realizada pela instituição gerou um relatório contendo orientações que deveriam ser atendidas para que o hospital pudesse ser acreditado. Essas orientações foram utilizadas na etapa II para dar continuidade na validação da hipótese da etapa I.

a) Etapa II

A segunda etapa da análise comparativa foi realizada com base no detalhamento dos processos dos fundamentos do MEG (Anexo II) e as orientações não atendidas pelo Hospital Alfa, segundo o diagnóstico levantado pelo IBES durante a visita para certificação. O objetivo dessa segunda etapa foi validar a identificação dos fundamentos mais impactantes. Para isso fez-se necessário mapear as entregas sugeridas pelas orientações e correlacionadas ao detalhamento e evidências atribuídas a cada processo dos oito fundamentos. Os resultados obtidos constam no Quadro 16. Na coluna esquerda do quadro encontram-se as orientações sugeridas pelos IBES na parte superior do quadro estão os fundamentos do MEG 21 e na parte inferior do quadro encontra-se o valor total de relações entre as informações.

Quadro 18: Matriz de relação - Fundamentos x Orientações

Fundamento Orientações	Pensamento Sistêmico	Aprendizado Organizacional e Inovação	Compromisso com as Partes Interessadas	Adaptabilidade	Desenvolvimento Sustentável	Liderança Transformadora	Orientação por Processos	Geração de Valor
Ausência de Planejamento Estratégico, com definição de objetivos e metas estratégicas - análise de cenário e indicadores.						X		X
Formalizar e implementar as Políticas institucionais.						X		
Implantar protocolos de segurança do paciente - identificação do paciente, higienização das mãos e cirurgia segura, risca de queda.							X	
Apresentar qualificação dos laboratórios e serviços parceiros, garantindo a realização de visitas técnicas e definição de acordos responsabilidades.			X			X		
Ausência de padronização do modelo de gestão de documentos.							X	
Implementar programa de auditorias internas do sistema de gestão da qualidade.		X						
Ausência de Programa de Capacitação das lideranças em ferramentas e conceitos de gestão da qualidade.			X					
Instituir fluxo de notificação de eventos adversos e não conformidades.							X	

Fundamento Orientações	Pensamento Sistêmico	Aprendizado Organizacional e Inovação	Compromisso Com as Partes Interessadas	Adaptabilidade	Desenvolvimento Sustentável	Liderança Transformadora	Orientação por Processos	Geração de Valor
Ausência de metodologia de gerenciamento de riscos.						X		
Não há padronização dos documentos no prontuário do colaborador.							X	
Ausência da descrição de cargos e funções, contemplando competências técnicas e comportamentais.			X					
Ausência de processo de seleção e desligamento de pessoas alinhado às competências essenciais e individuais.		X	X					
Ausência de avaliação formal do período de experiência - avaliação de desempenho.			X					
Ausência de sistemática de controle de regularidade técnica dos profissionais perante os conselhos de classe.						X	X	
Ausência de acompanhamento dos cronogramas de atividades do PCMSO (Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional) e PPRA (Programa de Prevenção de Riscos Ambientais).			X			X		
Não foi identificado controle de validade dos certificados de aprovação dos EPI's.			X				X	
Não foi identificado o mapa de risco ambiental na instituição.			X		X	X		

Fundamento Orientações	Pensamento Sistêmico	Aprendizado Organizacional e Inovação	Compromisso com as Partes Interessadas	Adaptabilidade	Desenvolvimento Sustentável	Liderança Transformadora	Orientação por Processos	Geração de Valor
Não foi identificado o fluxo para acidentes com material biológico.							X	
Ausência de treinamento e simulado do Plano de Evacuação Institucional.			X			X		
Ausência de Política de ingresso, avaliação e desempenho do corpo clínico.			X					
Ausência de metodologia para gestão do corpo clínico analisando desempenho do atendimento, cancelamento de consultas e cirurgias, ações de ensino e indicadores financeiros por exemplo.			X			X		X
Não foram identificados registros formais do regimento interno para o corpo clínico - Sódico de conduta.			X			X		
Não foi identificados registros das orientações médicas em prontuário referente às informações de tratamento esclarecidas ao paciente e ou familiares.							X	
Ausência de Política de qualificação e avaliação de desempenho de fornecedores de produtos e serviços.			X					
Não evidenciamos a Política de gestão de custos.					X			

Fundamento	Pensamento Sistêmico	Aprendizado Organizacional e Inovação	Compromisso com as Partes Interessadas	Adaptabilidade	Desenvolvimento Sustentável	Liderança Transformadora	Orientação por Processos	Geração de Valor
Orientações								
Não evidenciamos programas para o uso racional dos recursos financeiros, de insumos, de pessoas e ambientais.					X			
Não evidenciamos a descrição dos procedimentos administrativos considerando a integração e responsabilidades das pessoas envolvidas.			X			X		
Não evidenciamos a realização de plano de contingência institucional para situações de risco - Incêndio, explosão, falta de água e outros.						X		
Não evidenciamos práticas de segurança da informação.							X	
Ausência da impressão da totalidade dos registros obrigatórios do prontuário e mantê-los atualizados com carimbo e assinatura profissional.							X	
Estruturar metodologia de controle de estoque, considerando o armazenamento, rastreabilidade e solicitação de material.							X	
Não foi identificado dimensionamento de pessoal para cobrir a totalidade do horário de funcionamento.			X			X		
Elaboração do plano de manutenção dos equipamentos da estrutura.						X		

Fundamento Orientações	Pensamento Sistêmico	Aprendizado Organizacional e Inovação	Compromisso com as Partes Interessadas	Adaptabilidade	Desenvolvimento Sustentável	Liderança Transformadora	Orientação por Processos	Geração de Valor
Elaboração do plano de ação quanto à manutenção predial.						X		
Não evidenciamos o Laudo do Sistema de Proteção contra descargas Atmosféricas (SPDA).					X	X		
Elaboração do fluxograma de atendimento		X					X	
Elaboração do fluxograma de atendimento de urgência e emergência		X					X	
Não foi identificada metodologia de monitoramento dos tempos e as ações desenvolvidas ao notificador.							X	
Ausência de ações para mitigação dos principais motivos de queixas de pacientes.			X					
Não foi identificada elaboração de programas de devolutivas as unidades assistenciais frente aos elogios dos clientes.			X					
Ausência de diretrizes organizacionais para identificação do paciente e ações tomadas quanto as patologias de maior prevalência.						X		
Ausência de metodologia para avaliação da satisfação do cliente.			X					

<div>Fundamento</div> <div>Orientações</div>	Pensamento Sistêmico	Aprendizado Organizacional e Inovação	Compromisso com as Partes Interessadas	Adaptabilidade	Desenvolvimento Sustentável	Liderança Transformadora	Orientação por Processos	Geração de Valor
Elaborar processo de controle dos medicamentos utilizados em bloco cirúrgico.							X	
Padronização do preenchimento do prontuário médico em todas as etapas.							X	
Elaborar processo de controle de uso e armazenamento de medicamentos da farmácia							X	
Elaborar processo de conferência e rastreabilidade da farmácia durante todo o procedimento clínico.							X	
Elaborar processo de armazenamento e controle de estoque dos alimentos							X	
Elaborar metodologia para assegurar a segurança das informações dos prontuários clínicos							X	
Não foi evidenciado sistemático de auditorias de prontuários.		X						
Elaborar processo de prevenção e controle de infecção					X		X	
Ausência de metodologia para conferência e transporte das roupas sujas							X	
Ausência de metodologia para avaliação e seleção do fornecedor do serviço de lavagem			X					

Fundamento Orientações	Pensamento Sistêmico	Aprendizado Organizacional e Inovação	Compromisso com as Partes Interessadas	Adaptabilidade	Desenvolvimento Sustentável	Liderança Transformadora	Orientação por Processos	Geração de Valor
Ausência de protocolos que garantam a segurança no processo de preparo, esterilização, guarda e distribuição de materiais esterilizados, em conformidade com a Resolução ANVISA RDC 15 (15 de março 2014).						X	X	
Ausência de procedimento padrão para diluição adequada dos produtos de limpeza					X		X	
Não foi observado o uso adequado de EPIs pelo profissional que executa a lavagem de materiais.			X					
Ausência de procedimentos padrão para excursão da atividade de esterilização							X	
Foi observado a não utilização de calçados adequados, possibilitando o risco de acidentes por perfuro-cortantes.			X					
Não foi identificado a rastreabilidade dos processos de esterilização enviados ao serviço terceiro.							X	
Ausência de programa de qualificação e avaliação de desempenho de fornecedores de saneantes.			X					
Não foi identificadas práticas de segurança de diluição dos saneantes.			X		X			

Fundamento Orientações	Pensamento Sistêmico	Aprendizado Organizacional e Inovação	Compromisso com as Partes Interessadas	Adaptabilidade	Desenvolvimento Sustentável	Liderança Transformadora	Orientação por Processos	Geração de Valor
Não foi identificado treinamento e capacitação da profissional, contemplando as diretrizes de prevenção, controle de infecção e de gerenciamento dos riscos ocupacionais.			X			X		
Foi observado o transporte interno não seguro de resíduos (transporte de sacos de lixo na mão).			X		X			
Total	0	5	25	0	8	19	26	2

Fonte: Elaborado pelo autor (2007).

Do mesmo modo, contou-se com o apoio dos técnicos de gestão da qualidade para preencher a matriz de relacionamento. O resultado obtido está contido no Quadro 18.

Quadro 19: Fundamentos prioritários II

Posição	Fundamento	Total
1º	Orientação por Processos	26
2º	Compromisso com as Partes Interessadas	25
3º	Liderança Transformadora	20

Fonte: Elaborado pelo autor (2017).

Em ambos os quadros o “total” significa a quantidade de subseções (Quadro 15) e orientações (Quadro 17) que estão contempladas por aquele fundamento.

A semelhança das informações obtidas ressalta as similaridades desses dois modelos. Vale ressaltar que em nenhuma das análises não foi possível o relacionamento com um fundamento, embora a recíproca não seja verdadeira.

Com o objetivo de testar a análise comparativa na prática, assim como, a prioridade dos três fundamentos do MEG 21 para obtenção do nível 1 de acreditação, foi realizada uma avaliação no hospital através do estudo de caso.

A avaliação foi realizada com base na régua de 250 pontos do MEG com a participação do comitê de gestão do hospital e dois técnicos de gestão da qualidade. Para auxiliar na avaliação foi utilizada uma ferramenta de avaliação do MEG 21 de domínio privado.

Toda a avaliação foi realizada de acordo com a metodologia adotada pela FNQ, que inclui a demonstração das evidências do processo para pontuação, bem como entrevista de colaboradores de diferentes setores e tempo de experiência.

O processo de avaliação teve duração de 6 horas e contou com a colaboração de todos os envolvidos. A pontuação obtida em cada processo da régua de 250 pontos está contida na Figura 5.

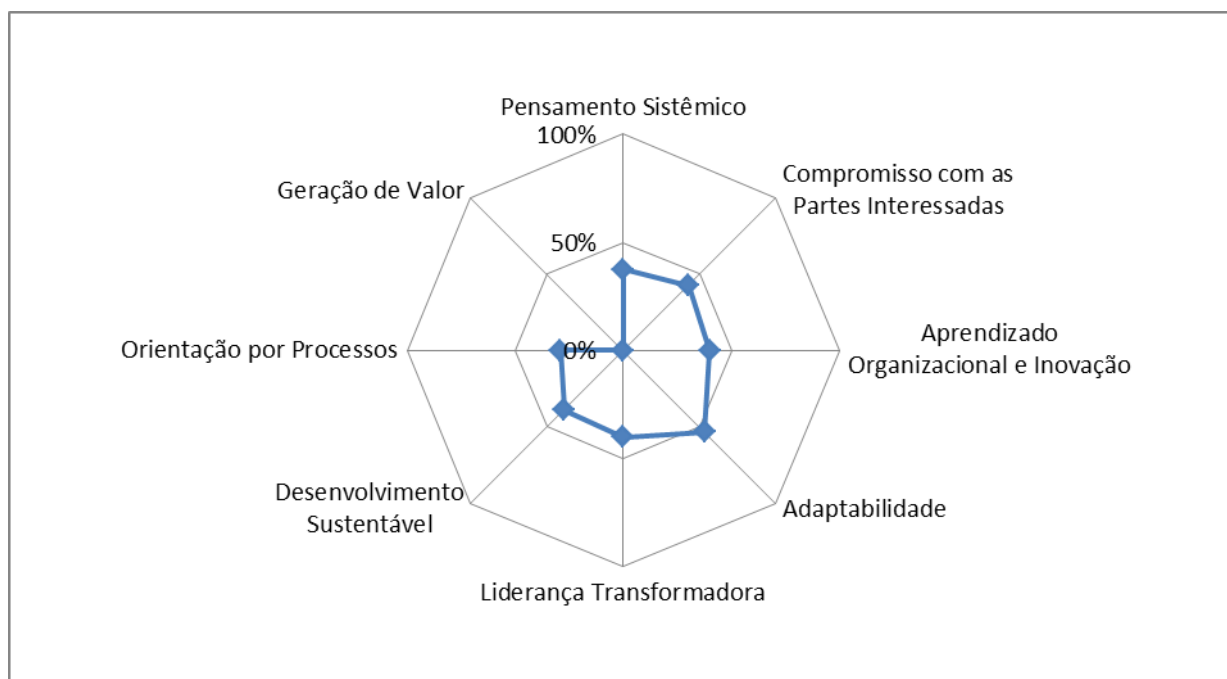
O nível de maturidade da gestão do hospital foi identificado a partir da pontuação obtida, além disso, foi possível apontar quais fundamentos apresentam mais pontos fortes, assim como, os que possuem mais oportunidades de melhorias. Essas informações podem ser conferidas na Tabela 1 e Gráfico 1.

Tabela 1: Pontuação dos fundamentos

Fundamentos	Pontuação	Máx	%
Pensamento Sistêmico	4.5	12	37,5%
Compromisso com as Partes Interessadas	17.5	41	42,6%
Aprendizado Organizacional e Inovação	4.8	12	40,0%
Adaptabilidade	5.3	10	53,1%
Liderança Transformadora	13.3	33	40,2%
Desenvolvimento Sustentável	8.2	21	38,9%
Orientação por Processos	6.1	21	29,2%
Geração de Valor	0.0	100	0,0%
Total	59.6	250	23,9%

Fonte: Adaptado da ferramenta FV Gestão (2017).

Gráfico 1: Gráfico Radar pontuação x fundamento



Fonte: Adaptado da ferramenta FV Gestão (2017).

Como se podem observar, os fundamentos Orientação por Processos, Compromisso com as Partes Interessadas e Liderança Transformadora atenderam menos de 50% dos processos exigidos na avaliação. Essa informação corrobora com a hipótese levantada na análise comparativa sobre os fundamentos mais impactantes para a obtenção do certificado de Acreditação Hospitalar utilizando-se da metodologia da FNQ como ferramenta de auxílio.

Vale ressaltar que desde a emissão do relatório de diagnóstico do IBES algumas ações já foram implantadas para melhorar o processo do hospital. Além disso, os resultados esperados pelas análises de indicadores na Geração de Valor também estão passando por reestruturação e alinhamento aos objetivos organizacionais.

Sendo assim, as ações que devem ser priorizadas pelo Hospital Alfa e por qualquer outra instituição de saúde que almeje a certificação de Acreditação Hospitalar com base no guia de referências nacional, são os processos contemplados nos fundamentos: Orientação por Processos, Compromisso com as Partes Interessadas e Liderança Transformadora.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O referido estudo teve como objetivo apresentar a comparação entre as metodologias de qualidade da gestão abordadas pelo MEG e a ONA e validá-la por meio de um estudo de caso. As limitações quanto a estudos realizados no Brasil anteriormente na área dificultaram na utilização de referenciais comparativos.

Inicialmente, foram apresentadas as duas metodologias e os conceitos utilizados pelas instituições responsáveis a fim de mitigar as múltiplas interpretações possíveis. A comparação entre as metodologias foi realizada com a utilização do método de descrição sistemática de modelos proposto por Amigo e Rozenfeld (2011) denominado de *framework*.

A partir da identificação desses itens em comum aprofundou-se a pesquisa por meio da análise comparativa entre os fundamentos do MEG 21 e as subseções da ONA. Essa análise permitiu identificar os três fundamentos (Orientação por Processo, Compromisso com as Partes Interessadas e Liderança Transformadora) que mais obtinham correlações com as subseções, tornando-os assim, os fundamentos mais impactantes para a certificação hospitalar.

O levantamento dessa hipótese fez necessário mais uma análise comparativa, desta vez com teor prático. Correlacionou-se os fundamentos do MEG com as orientações não atendidas do relatório emitido pelo IBES ao Hospital Alfa e novamente os critérios mais impactantes foram os identificados na primeira análise.

A última confirmação deu-se por meio da aplicação da avaliação do MEG no Hospital Alfa, que pontuou os processos exigidos pelo modelo na régua de 250 pontos. Seu resultado, mais uma vez, corroborou com a identificação dos fundamentos de maior impacto para instituições de saúde que desejam a Acreditação Hospitalar utilizando-se do MEG como direcionador. Os processos contemplados pelos três fundamentos identificados na primeira análise atingiram menos de 50% de execução dentro do modelo de negócio.

Sendo assim, os métodos e ferramentas utilizadas para levantamento desse estudo, colaboraram para a validação dos três fundamentos chaves para alcance do certificado de Acreditação Hospitalar da ONA e comprovando que é possível utilizar o MEG para auxiliar na Acreditação Hospitalar.

Como trabalhos futuros, pretende-se expandir essa análise para as demais réguas do MEG e níveis de Acreditação Hospitalar, a fim de expandir a aplicabilidade dos modelos de qualidade da gestão, visando melhorar os resultados organizacionais, por meio de um desenvolvimento sustentável e priorizando a qualidade da assistência nas instituições de saúde.

REFERÊNCIAS

ABNT - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR ISO 9000-1: 1994. **Normas de gestão da qualidade e garantia da qualidade. Parte 1: Diretrizes para seleção e uso.** Rio de Janeiro, 1994.

AMIGO, Caroline. ROZENFELD, Henrique. **Modelos de referencia para o processo de desenvolvimento de produtos: Descrição e Analise comparativa.** Publicado em 2011. Disponível em:

<http://www.academia.edu/3642050/Modelos_de_refer%C3%A2ncia_para_o_processo_de_desenvolvimento_de_produtos_descri%C3%A7%C3%A3o_e_an%C3%A1lise_comparativa> Acesso em: 21 out. 2017.

ANDRADE, Maria Margarida de. **Como preparar trabalhos para cursos de pós graduação: noções práticas.** 5. Ed. São Paulo: Atlas, 2002.

ANTUNES, L. M. **Implantação do processo de Acreditação baseado no manual das organizações prestadoras de serviços hospitalares da ONA.** 2002. 102 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia) – Escola de Engenharia, Universidade do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002. Aplicação na Educação [Texto para discussão, Nº 397]. Brasília: IPEA, 1996.

Associação Paulista para Desenvolvimento da Medicina SPDM (2017). Disponível em: <www.spdm.org.br> Acesso em: 21 out. 2017.

BERGAMINI, Cecília Whitaker. **Liderança: a administração do sentido.** RAE, São Paulo, v.34, n.3, p.102-114, Mai./Jun. 1994.

BITTAR, O. J. N. V. **Indicadores de qualidade e quantidade em saúde.** RAS, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 21-28, jul./set. 2001. Disponível em: <http://www.ellusaude.com.br/adm_hosp/artigos/05.pdf>. Acesso em: 20 set. 2017.

Boas, M.T.; Costa, J.F. **Boas práticas em gestão da qualidade em farmácia.** Publicado em 2011. Disponível em: <repositorio.roca.ufpr.edu.br/jspuitream/1/758/1/LD_COALM_2012_2_8.pdf>.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Agência de vigilância Sanitária. Legislação.** Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/legis/index.htm>>. Acesso em: 08 out. 2017.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Pesquisa mundial de saúde: primeiros resultados.** Brasil, 2003. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br>>. Acesso em: 11 out. 2017.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar.** 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/manuais/02_0060_M.pdf>. Acesso em: 11 out. 2017.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar.** 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Avaliação de Políticas de Saúde. Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar.** 2. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. **Organização Nacional de Acreditação. Manual de Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares.** Brasília: ONA, 2004.

CAMPOS, Vicente F. **Qualidade Total. Padronização de empresas.** 1. ed. Minas Gerais: INDG, 2004.

CARPINETTI, L.C.R. **Gestão da Qualidade – Conceitos e Técnicas**. São Paulo: Atlas. 2010. Disponível em: <http://www.las.inpe.br/~perondi/31.10.2011/Carpinetti_Cap-2.pdf>.

CARVALHO, Marly de et al. **Gestão da qualidade: teoria e casos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

CERQUEIRA, Jorge. **ISO 9000, no ambiente da qualidade total**. Rio de Janeiro: Imagem, 1995.

CLARKSON, Max B. E. **A Stakeholder Framework for Analyzing and Evaluating Corporate Social Performance**, Academy of Management Review, Mississippi State, v.20, p. 92 -117, jan. 1995.

COLTRO, Alex. **A gestão da qualidade total e suas influencias na competitividade empresarial**. Caderno de pesquisa em administração, São Paulo, v.1, n.2, 1996. Disponível em: <www.ead.fea.usp.br/cad-pesq/arquivos/CO2-art04/pdf> Acesso em: 27 set. 2017.

CONSELHO NACIONAL DE MEDICINA CFM. Portal Médico. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_medicos>. Acesso em: 30 set. 2017.

CONTI, Tito A. **A history and review of the European Quality Award Model**. The TQM Magazine, vol. 19, n. 2, pp. 112-128, 2007.

CORREIA, L.C.C.; MELO, M.A.M.; MEDEIROS, D.D. **Modelo de diagnóstico e implementação de um sistema de gestão da qualidade: Estudo de caso**. Publicado em: 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prod/v16n1/a10v16n1>>. Acesso em: out. 2017.

CRATO, C. **Qualidade: Condição de Competitividade**. Porto: SPI – Sociedade Portuguesa de Inovação, 2010.

CRITERIA FOR DESEMPENHO EXCELLENCE 2005. Disponíveis em:<www.quality.nist.gov/Education_Criteria.htm>. Acessado em 06 set.2017.

CROSBY, P.B. **Qualidade é investimento**. 7. Ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1999.

DEMING, W.E. **Qualidade: A revolução da administração**. 3. Ed. Rio de Janeiro: Marques-Saraiva, p.367, 1990.

DONABEDIAN, A. **The quality of Health: how canit be assred: JAMA**, v. 260, p. 1743-1748, 1998.

DONALDSON, Thomas; PRESTON ,Lee. **The stakeholders theory of the corporation:concepts,evidence and implications**.Academy of Management Review,Mississippi State,v.20, jan.1995.

ESPÍNOLA, Suzana. **Padronização de processos administrativos para melhoria contínua em uma empresa de serviços**. Publicado em: 2011. Disponível em <http://repositorio.ufpe.br/bitstream/handle/123456789/5962/arquivo9006_1.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: 3 de nov. 2017.

EUROPEAN FOUNDATION FOR QUALITY MANAGEMENT. **The EFQM Excellence Model**. Disponível em: <<http://www.efqm.org>> Acesso em outubro de 2009.

_____. **EFQM - Introdução à excelência**, 2003. Disponível em: <<http://www.efqm.org/en>> Acesso em agosto de 2009.

FEIGENBAUM, A. V. **Total Quality Control**. New York: McGraw-Hill, 1961.

FELDMAN, B. F.; GATTO, M. A. F.; CUNHA, I. C. K. O. **História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a Acreditação**. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 18, n. 2, p.213-219, abr./jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002005000200015&script=sci_arttext>. Acesso em: 05 out. 2017.

FERREIRA, A. R. **Modelo de excelência em gestão pública**. Revista Eixo, n. 1, v. 1, p. 31-43, jan./jun., 2012.

FERREIRA, L.B; **Prêmio nacional da qualidade e os principais prêmios da qualidade: uma análise comparativa pelos cinco continentes**. Rio de Janeiro: Universidade Candido Mendes 2012. Pós-graduação "Loto Sensu" AVM - Faculdade Integrada.

FETTKE, P. LOOS, P.; ZWICKER, J. **Business Process Reference Models: Survey and Classification**. *Business Process Management Workshops*, Springer p. 469 - 483, 2006.

FREEMAN, R. Edward. **Strategic Management: A Stakeholder Approach**. Boston: Pitman, 1984.
Fundação Nacional da Qualidade FNQ (2017). Disponível em: <<http://www.fnq.org.br>> Acesso em: 19 set. 2017.

FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE. **Cadernos de Excelência: introdução ao modelo de excelência da gestão**. São Paulo: FNQ, 2008. Disponível em: <http://www.fnq.org.br/pdf/CadernosExcelencia2008_00_introducao.pdf>. Acesso em 18 out 2017.

FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE (FNQ). **Cadernos de excelência: introdução ao modelo de excelência da gestão**. 4. ed. rev. e ampl. São Paulo: FNQ, 2011a. 27 p. (Série Cadernos de Excelência, 1)

_____. _____. **liderança**. 4. ed. rev. e ampl. São Paulo: FNQ, 2011b. 51 p. (Série Cadernos de Excelência, 2)

_____. _____. **estratégias e planos**. 4. ed. rev. e ampl. São Paulo: FNQ, 2011c. 39 p. (Série Cadernos de Excelência, 3)

_____. _____. **clientes**. 4. ed. rev. e ampl. São Paulo: FNQ, 2011d. 27 p. (Série Cadernos de Excelência, 4)

_____. _____. **sociedade**. 4. ed. rev. e ampl. São Paulo: FNQ, 2011e. 27 p. (Série Cadernos de Excelência, 5)

_____. _____. **informações e conhecimento**. 4. ed. rev. e ampl. São Paulo: FNQ, 2011f. 31 p. (Série Cadernos de Excelência, 6)

_____. _____. **peças**. 4. ed. rev. e ampl. São Paulo: FNQ, 2011g. 43 p. (Série Cadernos de Excelência, 7)

_____. _____. **processos**. 4. ed. rev. e ampl. São Paulo: FNQ, 2011h. 47 p. (Série Cadernos de Excelência, 8)

_____. _____. **resultados**. 4. ed. rev. e ampl. São Paulo: FNQ, 2011i. 39 p. (Série Cadernos de Excelência, 9)

_____. _____. **guia de autoavaliação e implementação de melhorias**. 4. ed. rev. e ampl. São Paulo: FNQ, 2011j. 47 p. (Série Cadernos de Excelência, 10)

_____. **Crêrios de excelência**. 20. ed., São Paulo: FNQ, 2013. 128 p.

GARCIA, Leonardo. **O modelo de excelência em gestão (MEG) favorece a existência das organizações de conhecimento de Chun W. Choo?**1. Publicado em 2016. Disponível em <<http://www.revistas.usp.br/incid/article/view/101493/111649>> Acesso em 09 out. 2017.

GARVIN, D. A. **Managing Quality**. New York: The Free Press, 1988.

GARVIN, D.A. **Gerenciando a qualidade: A visão estratégica e competitiva**. 2 Ed. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1992.

GIL, Antonio Carlos. **Método e técnicas de pesquisa social**. 5. Ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOELDI, _____ Disponível _____ em:
<http://www.centrovirtualgoeldi.com/paginas.aspx?Menu=areaedu_atividades&opcao=Tangram>. Acesso em: 18 de out. 2017

HANDY, Charles. **A Nova Linguagem da Administração e Suas Implicações para os Líderes**. In: GOLDSMITH, Marshall; HESSELBEIN, Francês; BECKHARD, Richard. *O Líder do Futuro: Visões, Estratégias e Práticas para uma Nova Era*. São Paulo: Futura, 1996.

HITT, Michael A. IRELAND, RuaDuane; HORKISSON, Robert E. **Administração estratégica**. Tradução: José Carlos Barbosa dos Santos e Luiz Antonio Pedroso Rafael. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.

HOURNEAUX JR., F. **Avaliação de desempenho organizacional: estudo de casos de empresas do setor químico**. Dissertação (Mestrado em Administração), Universidade de São Paulo, São Paulo, 168 f., 2005.

ISHIKAWA, K. **Quality and standardization: program economic sucess**. *Quality Progress*, v.17, n.1, p.16-20, 1984.

JONES, Thomas M. **Instrumental stakeholders theory: a synthesis of the ethics and economics**. *Academy of Management Review*, Mississippi States, v.20, p. 404, jan. 1995.

JURAN, J. M.; GRZYNA, F. M. **Controle da qualidade: Conceitos, políticas e filosofia da qualidade**. São Paulo: Makron/Mc Graw-Hill, 1991. 377 p.

LABBADIA, L. L. et al. **O processo de Acreditação Hospitalar e a participação da enfermeira**. *Revista de Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 83-87, abr. 2004.

LIMA, S. B. S.; ERDMANN, A. L. **A enfermagem no processo de Acreditação Hospitalar em um serviço de urgência e emergência**. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 19, n. 3, p.271-278, jul./ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002006000300003&script=sci_arttext>. Acesso em: 19 out 2017.

LONGO, R. M. **Gestão da Qualidade: Evolução Histórica, Conceitos Básicos**. Publicado em 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002005000400013&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 out. 2017.

LOPES, Janice. **Gestão da Qualidade: Decisão ou Constrangimento Estratégico**. Publicado em 2014. Disponível em: <<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/13214/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20M-EE%20-%20Gest%C3%A3o%20da%20Qualidade%20-%20Janice%20Lopes%2050029662.pdf>>. Acesso em 01 out. 2017.

MACIEL, Willyans. **Hipócrates**. Publicado em: 2016. Disponível em: <<https://www.infoescola.com/biografias/hipocrates/>>.

MAVROIDIS, V., TOLIOPOULOU, S., & AGORITSAS, C. (2007). **A comparative analysis and review of national quality awards in Europe**. *The TQM Magazine*, 19(5), 454-467. <http://dx.doi.org/10.1108/09544780710817874>.

MANZO, B.F. **O processo de acreditação hospitalar na perspectiva de profissionais de saúde**. Publicado em 2009.

MARQUES, A. S. **Integração Normativa na Gestão da Qualidade** (Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro, Departamento de Economia, Gestão e Engenharia industrial, Aveiro, Portugal). Publicado em 2005. Disponível: <<http://hdl.handle.net/10773/4607>> Acesso em 05 out. 2017.

MARQUES, A.P. **Proposta preliminar de um programa de Gestão da Qualidade Total para uma empresa de Topografia**. Publicado em 2003. Disponível em

<<http://www.simpep.fep.unesp.br/anais10/gestaoqualidprodutividade/arq12.PDF>> Acesso em 27 set. 2017.

MARQUES, Artur. **Proposta de um programa de gestão da qualidade em uma empresa genérica de posicionamento de GPS.** Publicado em 2006. Disponível em <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/18/18137/tde-10022009-124605/pt-br.php>> Acesso em 18 out. 2017.

MARTINS, R. A., & Costa, P. L., Neto. **Indicadores de Desempenho para a Gestão pela Qualidade Total: Uma Proposta de Sistematização.** Gestão e Produção, 5(3),298-311. Publicado em 1998. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/gp/v5n3/a10v5n3.pdf>> Acesso em 05 out. 2017.

MAXIMIANO, Antonio Cesar Amaru. **Teoria geral da administração: da revolução urbana a revolução digital.** 5. ed. – São Paulo: Atlas, 2005.

MENDES, M. F. (2007). **O impacto dos sistemas QAS nas PME portuguesas** (Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho, Minho, Portugal). Publicado em 2007. Disponível: <<http://hdl.handle.net/1822/7967>> Acesso em 06 out. 2017.

METCALFE, Chris E. **The stakeholders corporation.** Business Ethics, Mississipe, v.7, nº1, p.30-36, jan.1998.

MOORE, Geoff. **Tinged shareholders theory: or what's so special about stakeholders?** Business Ethics: a European Review, v.8, n.2, p. 117 -127, dez. 1999.

NATIONAL INSTITUTE OF STANDARDS AND TECHNOLOGY. **Criteria for Performance Excellence**, 2000 a 2009. Disponível em <<http://www.baldrige.nist.gov/Archive.htm>> Acesso em 14 out. 2017.

NOVAES H, Neuhauser D. **Hospital Accreditation in Latin América (Acreditação de Hospitais na América Latina).** Pan American Journal of Public Health. 2000;7(6):425-30.

NOVAES, H. M.; PAGANINI, J. M. **Garantia da qualidade em hospitais da América Latina e do Caribe: Acreditação de hospitais para América Latina e do Caribe.** Organização Pan Americana de hospitais/Organização Mundial de Saúde/Federação Latina Americana de Hospitais. Brasília (DF): editora da Federação Brasileira de Hospitais, 1994.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO ONA (2017). Disponível em: <<http://www.ona.org.br>> Acesso em: 21 out. 2017.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **A saúde no Brasil: agora tem um processo permanente de avaliação e certificação da qualidade.** Brasília (DF): 2000. Folder.

PAGLIUSO, A. T.; CARDOSO, R.; SPIEGEL, T. **Gestão organizacional: o desafio da construção de modelo de gestão.** São Paulo: Saraiva, 2010. 155 p.

PALADINNI, E.P. **Gestão da Qualidade no processo: A qualidade na produção de bens e serviços.** 3. Ed. São Paulo: Atlas, 1995.

PORTO, I. S.; REGO, M. M. S. **Implantação de sistemas da qualidade em instituições hospitalares: implicações para enfermagem.** ACTA Paul Enfermagem, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 434-438, mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002005000400013&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 out. 2017.

PROGRAMA PARAIBANO DA QUALIDADE PPQ (2017). Disponível em: <<http://www.ppq.com.br>> Acesso em: 19 set. 2017.

QUINTO NETO, A. Q.; GASTAL, F. L. **Acreditação Hospitalar: proteção dos usuários dos profissionais de saúde e das instituições de saúde**. Porto Alegre: Da casa, 1997. 136 p.

REIS, Célia. **Modelos de Gestão Hospitalar – Análise Comparativa**. Publicada em: 2011. Disponível em: <<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/18151/5/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20mestrado%20C%C3%A9lia%20Reis.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2017.

SCHIESARI, L. M. C. **Cenário da Acreditação Hospitalar no Brasil: evolução histórica e referências externas**. 1999. 162 f. Dissertação (Mestrado em Administração Hospitalar) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

SHARMA, Anil K.; TALWAR, Balvir. **Evolution of Universal Business Excellence Model incorporating Vedic Philosophy. Measuring Business Excellence**, vol. 11, n. 3, pp. 4-20, 2007.

SHIOZAWA, Ruy Sergio. **Qualidade no atendimento e tecnologia da informação**. São Paulo: Atlas, 1993.

SILVA, L. D. **Indicadores de qualidade do cuidado de enfermagem na terapia intensiva**. Revista de Enfermagem da UERJ, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 111-116, 2003.

SILVA, M. Â. **Desenvolvimento e implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade** (Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal). Publicado em 2009. Disponível <<http://hdl.handle.net/10773/1715>> Acesso em 06 out. 2017.

SILVA, S. H. **Controle da qualidade assistencial: implementação de um modelo**. 1994. Tese – Escola de Enfermagem de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.

SLACK, N. **Vantagem competitiva em manufatura: atingindo competitividade nas operações industriais**. Trad. de Sônia Corrêa. São Paulo, Atlas, 1997.

UNION OF JAPANESE SCIENTISTS AND ENGINEERS (JUSE). **The Guide for the Deming Application Prize**, 2009. Disponível em: <http://www.juse.or.jp/e/deming/pdf/Application_Guide2009.pdf>. Acesso em outubro de 2017.

VASCONCELLOS, A.L.C, LUCAS, S.F.; **Análise comparativa de prêmios de exigência em gestão**. VII CONGRESSO NACIONAL DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO, CNEG, VII, 2012, Rio de Janeiro. Anais do VII Congresso Nacional de Excelência em Gestão. Rio de Janeiro

VERGARA, Sylvia C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 4.ed. Rio de Janeiro: Atlas, 2004.

VILAR, Cátia. **Implementação do Sistema de Gestão da Qualidade Perspectivando a Integração do ambiente e segurança**. Publicado em 2013. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/8988/1/Tese%20Final%20SGQ%20XYZ_20.Dezembro.2013.pdf>. Acesso em 13 out. 2017.

YIN, Robert K. - **Case Study Research - Design and Methods**. Sage Publications Inc., USA, 1989.

ANEXO I: Detalhamento subseções ONA

Seção	Subseção	Detalhamento
Liderança e Administração	Direção	<p>Administração de profissionais que desenvolvem as políticas da Instituição e coordenam a sua execução.</p> <p>Itens de Orientação: A instituição é conduzida por diretoria que assegura a continuidade das ações administrativas e assistenciais. Participação da diretoria; Manual de normas, rotinas e procedimentos; Procedimentos de acompanhamento econômico-financeiro; Avaliação de desempenho organizacional; Registro dos processos administrativos, gerenciais e de tomada de decisão institucional (atas de diretoria, registros de reuniões e outras documentações).</p>

Seção	Subseção	Detalhamento
	Administração	<p>Área ou unidade que responde pelo gerenciamento dos recursos financeiros, materiais e humanos da Instituição. A instituição dispõe de responsável habilitado ou capacitado para administração e gerência dos processos de armazenamento, pessoal e financeiro. As áreas e infraestrutura disponíveis são compatíveis com a missão e com os serviços oferecidos.</p> <p>Itens de Orientação: Funcionários regulamentados e descritivos das suas funções; Processo de aquisição, distribuição e controle dos insumos e recursos, bem como seu gerenciamento; Processos de controle financeiro e planejamento orçamentário; Instalações físicas e processos compatíveis com a capacidade instalada e serviços oferecidos.</p>
	Garantia da Qualidade	<p>Corresponde às atividades destinadas a avaliar e garantir a qualidade dos serviços oferecidos internamente e externamente. Desenvolvimento de atividades destinadas a avaliar a qualidade do atendimento, contando com grupo multifuncional, destinado à promoção e incorporação da qualidade padronização dos processos institucionais.</p> <p>Itens de Orientação: Desempenhar atividades de promoção e incorporação da qualidade nos processos organizacionais; Comissão do programa de qualidade, com atuação interna.</p>
Serviços Profissionais e Organização da Assistência	Corpo Clínico	<p>Supervisão das ações de assistência prestadas, por parte de uma direção médica, que atua em tempo parcial ou integral em acompanhamento contínuo dos pacientes.</p> <p>Itens de Orientação: Responsável técnico pela assistência; Escala dos médicos; Preenchimento dos dados referente aos prontuários dos pacientes, atendendo aos padrões estabelecidos; Regimento do corpo clínico; Programa de treinamento e capacitação continuado; Mecanismos de auditoria médica; Procedimentos de continuidade de cuidados dos pacientes.</p>

Seção	Subseção	Detalhamento
	Enfermagem	<p>O serviço de Enfermagem compreende: previsão, organização e administração de recursos para prestação de cuidados aos pacientes, de modo sistematizado, respeitando os preceitos éticos e legais da profissão. Documentação dos procedimentos e controle dos pacientes internos, garantindo acompanhamento da equipe ao paciente, ajustando as necessidades do serviço.</p> <p>Itens de Orientação: Número de profissionais adequados à necessidade dos serviços; Procedimento padrão para registro de prontuários; Supervisão da equipe por profissional habilitado; Programa de educação e treinamentos continuados.</p>
Seção	Subseção	Detalhamento
Serviço de Atenção ao Paciente/Cliente	Internação	<p>Prestação de atendimento a pacientes que necessitam de assistência direta programada ou não.</p> <p>Itens de Orientação: A Instituição conta com instalações adequadas para a atenção e cuidados aos clientes/pacientes, dispondo de Responsável Técnico habilitado para a condução do serviço. As áreas apresentam condições de conforto e segurança que contribuem para a boa assistência prestada por profissionais habilitados por meio de padrões e rotinas de procedimento; Atendimento às normas.</p>
	Referência e Contra Referência	<p>A instituição dispõe de uma lista de serviços para os quais pode transferir os casos que superam a capacidade resolutive da unidade, dispondo dos meios de transporte adequado, conforme o risco clínico do paciente/cliente.</p> <p>Itens de Orientação: Gerenciamento dos riscos quanto a possíveis complicações durante os procedimentos clínicos; Assegurar a segurança do paciente/cliente.</p>
	Atendimento Ambulatorial	<p>Oferecimento de assistência ambulatorial em espaço próprio, com o processo de atendimento e agendamento dos serviços adequados ao modelo proposto.</p> <p>Itens de Orientação: Médico no local para atendimento das consultas; Sistemas que auxiliem no agendamento; Padronização das rotinas de isolamento do cliente/paciente; Estrutura para atendimento de outros serviços; Programa de manutenção preventiva.</p>

Seção	Subseção	Detalhamento
	Emergência	<p>Prestação de atendimento imediato a clientes/pacientes externos em situação de sofrimento, sem risco de perda da vida (urgência) ou com risco de perda da vida (emergência).</p> <p>Itens de Orientação: O serviço conta com equipe multiprofissional habilitada de plantão ativo, para o atendimento das emergências, funcionando em um local de uso exclusivo, dispondo de elementos de área física para as diferentes atividades de apoio diagnóstico e terapêutico, incluindo radiologia, laboratório, hemoterapia e outras especialidades, conforme o modelo assistencial e o perfil de demanda do serviço; Atendendo aos procedimentos padrões de intervenção e assistências.</p>
	Centro Cirúrgico	<p>Unidade destinada ao desenvolvimento de atividades cirúrgicas, bem como a recuperação pós-anestésica e recuperação pós-operatória imediata. Serviço dispõe de área adequada com circulação restrita, destinada ao atendimento cirúrgico. Dispondo de equipamentos e instalações adequadas com equipe completa e habilitadas.</p> <p>Itens de Orientação: Processos de rotina quanto ao controle de infecções; Equipe clínica capacitada e habilitada; Cumprimento das normas da Comissão de Controle de Infecções; Vestiários, paramentação e uso de EPI's apropriados ao serviço; Atendimento aos procedimentos estruturados de cirurgia.</p>
	Anestesiologia	<p>Serviço que atua junto ao centro cirúrgico, unidades de obstetrícia, serviços de apoio ao diagnóstico e tratamento especializado.</p> <p>Itens de Orientação: Protocolo de atendimento anestésico; Equipamentos e instalações adequadas aos procedimentos; Cumprimento das normas de controle de infecção.</p>

Seção	Subseção	Detalhamento
	Obstetrícia	<p>Serviço destinado ao controle do trabalho de parto, parto, primeiros cuidados com os recém-nascidos, e puerpério.</p> <p>Itens de Orientação: O serviço dispõe de equipe multiprofissional habilitada para o atendimento ao parto; dispõe de locais diferenciados e equipados para os procedimentos relacionados à gestante, puérpera e recém-nascido (Documentação e registros necessários para o processo; Normas de higienização).</p>
	Neonatologia	<p>Serviço destinado à atenção aos recém-nascidos normais e patológicos, assim como às unidades de terapia intensiva neonatal para recém-nascidos de médio e alto risco.</p> <p>Itens de Orientação: O serviço dispõe de estrutura adequada para a atenção aos recém-nascidos normais e patológicos em função do modelo assistencial; conta com Responsável Técnico habilitado para a condução do serviço (Ambiente higienizado e nas condições ideais; Documentação e registros necessários aos procedimentos neonatais; Normas de controle de infecção).</p>
	Tratamento Intensivo	<p>É o conjunto de elementos destinados ao atendimento de clientes/pacientes com risco iminente de morte, com possibilidade de recuperação, que requerem serviços de assistência médica e de enfermagem.</p> <p>Itens de Orientação: O serviço possui coordenação médica que articula as diferentes especialidades, com base no plano terapêutico e na atuação da equipe multiprofissional; dispõem de recursos humanos e materiais, equipamentos e medicamentos necessários aos procedimentos de diagnose e terapêutica; Atendimento às normas de controle de infecções com padrões e rotinas.</p>
	Hemoterapia	<p>Serviço onde se realizam atividades que envolvem práticas relacionadas a transfusão de sangue e hemocomponentes.</p> <p>Itens de Orientação: O serviço de Hemoterapia possui instalações adequadas ao modelo assistencial e ao nível de complexidade da Instituição; dispõe de equipe habilitada para atividades de Hemoterapia; o funcionamento deste serviço está de acordo com as normas e regulamentos correspondentes; existe um relacionamento formal entre o serviço e a Instituição (Padronização e rotina dos procedimentos; Controle da qualidade da produção).</p>

Seção	Subseção	Detalhamento
	Reabilitação	<p>O serviço de Reabilitação é responsável pela assistência em fisioterapia, fisioterapia, terapia ocupacional e outras ações para a reintegração do cliente/paciente à comunidade, com o objetivo de torná-lo apto a executar atividades básicas para sua subsistência.</p> <p>Itens de Orientação: O serviço possui equipe habilitada, própria ou à distância, para tratamentos de reabilitação de acordo com o indicado pelo corpo médico da Instituição e conforme o modelo assistencial e complexidade.</p>
	Medicina Nuclear	<p>Corresponde ao serviço que desenvolve suas ações de diagnóstico in vivo e terapias utilizando recursos tecnológicos baseados em radioisótopos.</p> <p>Itens de Orientação: O serviço conta com infraestrutura necessária para as diversas aplicações diagnósticas in vivo dos radioisótopos; conta com profissionais habilitados para a atividade; está de acordo com as normas e regulamentos correspondentes (Normas de proteção para o trabalho; Relatórios de avaliação; Plano de radioproteção contra os riscos do processo).</p>
	Radioterapia	<p>Unidade destinada ao emprego de raios X e radiações ionizantes com fins terapêuticos. Desenvolve ações terapêuticas através de: teleterapia, braquiterapia, contatoterapia.</p> <p>Itens de Orientação: O serviço de Radioterapia dispõe de Responsável Técnico habilitado, atende aos requisitos legais de segurança para sua atividade e dispõe de estrutura adequada especialmente construída para tal fim, de acordo com as normas correspondentes (Sistemas de controle da qualidade de acordo com a legislação; Atendimento aos requisitos de segurança).</p>
Seção	Subseção	Detalhamento

Seção	Subseção	Detalhamento
Serviço de Apoio ao Diagnóstico	Laboratório Clínico	<p>Serviço responsável pela coleta, processamento e resultados de exames complementares, de acordo com o grau de complexidade da Instituição, para fins de diagnóstico e tratamento.</p> <p>Itens de Orientação: O Responsável Técnico do Laboratório tem habilitação específica e supervisiona a execução das atividades; conta com profissionais habilitados de plantão, ativo ou a distância; tem estrutura para processar as análises conforme modelo assistencial e complexidade do serviço (Procedimentos padronizados para coleta, análise e controle).</p>
	Diagnóstico por Imagem	<p>Neste serviço estão incluídos os seguintes procedimentos: radiodiagnóstico, angiografias (inclusive por subtração digital de imagens), mamografia, tomografia computadorizada (TC), ressonância magnética e ultrassonografia.</p> <p>Itens de Orientação: O serviço dispõe de Responsável Técnico habilitado; conta com estrutura adequada com o modelo assistencial e complexidade da Instituição, de acordo com as normas e regulamentos correspondentes.</p>
	Métodos Gráficos	<p>Serviço responsável pela elaboração de exames complementares, de acordo com o grau de complexidade da Instituição, no qual estão incluídos os seguintes procedimentos: eletrocardiograma, eletrocardiograma de esforço, eletroencefalograma e ecocardiograma.</p> <p>Itens de Orientação: O serviço é constituído por profissionais habilitados; conta com equipamentos compatíveis com o modelo assistencial e a complexidade da Instituição.</p>

Seção	Subseção	Detalhamento
	Anatomia Patológica	<p>Serviço para confirmação de diagnósticos pré, pós-cirúrgicos e ambulatoriais de peças de biópsias e de diagnósticos de necropsias, através de exames histológicos.</p> <p>Itens de Orientação: O serviço de Anatomia Patológica está estruturado de maneira a garantir a execução de exames de acordo com o perfil assistencial; as atividades são executadas por profissionais habilitados e conta com infraestrutura adequada para a tarefa; há possibilidade de resgate do material analisado e dos laudos (Sistemas que garantam a segurança das informações do material analisado).</p>
Seção	Subseção	Detalhamento
Serviços de Apoio Técnico de Abastecimento	Arquivo Médico	<p>A Organização dispõe de local(is) específico(s) para a guarda, arquivamento e manutenção do prontuário clínico dos clientes/pacientes assistidos pelos serviços (ambulatório, internação e especialidades), Garantindo que o prontuário é legível, assinado pelo médico assistente e tem uma sequência lógica e contínua com histórico clínico e condições de alta.</p> <p>Itens de Orientação: Sistema que garanta o monitoramento dos procedimentos clínicos e o armazenamento seguro dessas informações.</p>
	Controle de Infecções	<p>A Organização conta com equipe multiprofissional habilitada e possui um serviço de capacidade de isolamento para clientes/pacientes portadores de doenças infectocontagiosas. Realiza vigilância epidemiológica dos clientes/pacientes internados nas áreas críticas.</p> <p>Itens de Orientação: Sistema de documentação e registro dos procedimentos de controle de doenças infectocontagiosas; Atendimento as normas regulamentadoras sobre infecção; Procedimentos padrão de higienização.</p>

Seção	Subseção	Detalhamento
	Estatísticas	<p>A Organização dispõe de estatística de dados básicos, a cargo de um responsável ou grupo de trabalho com condições técnicas (capacitação) de transformar dados em informações estatísticas que apoiem a gestão e o atendimento clínico.</p> <p>Itens de Orientação: Responsável ou grupo de trabalho capacitado para o serviço; Sistemática de coleta, análise e utilização das informações; Sistema de documentação e registros estatísticos correspondentes.</p>
	Farmácia	<p>Armazenamento, controle e distribuição adequada dos medicamentos, insumos e estoque.</p> <p>Itens de Orientação: Sistema de controle dos medicamentos; Procedimento padrão para liberação de medicamentos; Condições estruturais e operacionais que garantam a segurança dos clientes internos e externos; Rotinas de segurança e higiene.</p>
	Nutrição e Dietética	<p>O serviço conta com profissionais habilitados para o desenvolvimento das atividades de Nutrição e Dietética.</p> <p>Itens de Orientação: Sistema de controle de recebimento e manutenção dos alimentos perecíveis ou não; Elaboração dos cardápios de acordo com as restrições alimentares; Procedimento padrão de higienização; Áreas restritas para manipulação de alimentos que podem causar alergia.</p>
	Lavanderia	<p>Responsável pela provisão de roupas limpas a todos os setores da Organização.</p> <p>Itens de Orientação: O processamento das roupas utiliza o sistema de barreira de contaminação; o pessoal do serviço é devidamente habilitado ou capacitado; dispõe de controles que asseguram o funcionamento e fornecimento adequado. Para fornecedores externos avaliar a conformidade das entregas.</p>

Seção	Subseção	Detalhamento
	Processamento de Materiais de Esterilização	<p>É o setor, unidade ou serviço destinado à limpeza, desinfecção, esterilização, armazenamento, guarda e distribuição dos materiais desinfetados e esterilizados.</p> <p>Itens de Orientação: O serviço dispõe de área de circulação restrita, onde se realiza o preparo e a esterilização de todos os materiais, sob supervisão de pessoal habilitado; conta com equipamentos adequados ao modelo assistencial e a complexidade da Organização; realiza controle biológico dos processos.</p>
	Higiene	<p>Remoção de sujeiras, detritos indesejáveis e microrganismos presentes no ambiente organizacional, mediante a utilização de processo mecânico e químico.</p> <p>Itens de Orientação: A Organização apresenta estrutura física conservada e com materiais que facilitam o processo de limpeza dos ambientes; há pessoal capacitado para o desenvolvimento das tarefas de limpeza nos diversos ambientes; Atendimento as normas técnicas de tratamento de resíduos de alto risco; Monitoramento dos riscos ambientais e atendimentos as políticas de descarte de resíduos sólidos.</p>
	Segurança e Saúde Organizacional	<p>Atividades destinadas a prevenir acidentes de trabalho e promover a saúde ocupacional.</p> <p>Itens de Orientação: O serviço dispõe de Responsável Técnico habilitado, de modo a atender aos requisitos formais e técnicos de Segurança e Saúde Ocupacional; dispõe de estrutura adequada para tal fim, de acordo com as normas e regulamentos correspondentes; Mapas de risco e colocação em locais de fácil acesso aos colaboradores; Programas preventivos de riscos a saúde; Utilização de EPI's (equipamentos de proteção individual) e EPC's (equipamentos de proteção coletivos).</p>

Seção	Subseção	Detalhamento
	Serviço Social	<p>Atendimento prestado ao paciente e aos seus familiares quanto às questões socioeconômicas, e reintegração social.</p> <p>Itens de Orientação: O serviço dispõe de Responsável Técnico habilitado, com equipe adequada às necessidades da demanda; existem local e ambiente em condições para realizar entrevistas e reuniões que preserve a dignidade do cliente/paciente (Atendimento as necessidades do cliente interno da Organização).</p>
Seção	Subseção	Detalhamento
Serviços de Apoio Administrativo e Infraestrutura	Documentação da Planta Física	<p>Documentação e registro referentes à estrutura física da Organização, aprovada pelos órgãos competentes.</p> <p>Itens de Orientação: A Organização possui todos os documentos e registros legais e sanitários para funcionamento, atualizados e aprovados pelas autoridades competentes (alvarás, licença sanitárias, documentação dos projetos estrutural, elétrico, hidráulico,...).</p>
	Estrutura Físico-funcional	<p>Consistem nas vias de acesso à Instituição, circulação interna e externa, sinalização e fluxos.</p> <p>Itens de Orientação: A Organização possui fácil acesso para entrada e saída de pacientes, com barreiras arquitetônicas e orientação da circulação interna, com condições de segurança e proteção (pessoal treinado para orientação, sinalização de fácil entendimento, corrimão nas escadas, banheiros e corredores que permitam o acesso de cadeiras de banho ou rodas).</p>
	Sistema Elétrico	<p>Sistema de segurança e manutenção de rede elétrica e suprimento alternativo de energia e iluminação.</p> <p>Itens de Orientação: A Organização obedece aos padrões de segurança para os clientes interno e externo; existem sistemas alternativos de iluminação para todas as áreas críticas da Organização (iluminação de emergência, sistemas alternativos de suprimento de energia elétrica, manutenção periódica).</p>

Seção	Subseção	Detalhamento
	Manutenção Geral, Controle de Resíduos e Portabilidade da água	Serviços de manutenção de toda a infraestrutura física, de equipamentos da Instituição e controle de qualidade da água e do sistema de gerenciamento de resíduos. Itens de Orientação: O serviço possui estrutura básica e equipe de manutenção com capacitação específica para o suprimento das demandas da Organização; sistema para o gerenciamento dos resíduos e potabilidade da água (plano de manutenção dos equipamentos e predial, análise e controle da potabilidade da água além de reserva para atender a demanda, controle e destino adequado dos resíduos conforme os riscos).
	Segurança Geral	Serviço existente para garantir a integridade dos clientes internos e externos, através de infraestrutura adequada, e procedimentos de prevenção de acidentes, sinistros, violência e riscos para a clientela e circundantes. Itens de Orientação: A Organização dispõe de sistema de segurança geral, abrangendo segurança predial e para equipamentos, prevenção de riscos de violência e incêndios; dispõe de sistema de guarda e armazenamento de gases e combustíveis (extintores de incêndio, saídas de emergência, sinalização de segurança clara e fácil compreensão).
Seção	Subseção	Detalhamento
Ensino e Pesquisa	Biblioteca Informação Científica	Esta seção tem por finalidade integrar todos os componentes que se relacionem às funções educativas e de pesquisa da Instituição, de tal forma que permita realizar um diagnóstico da estrutura disponibilizada para o treinamento funcional, para a educação permanente, para o processo de formação de recursos humanos e para a geração de novos conhecimentos. Itens de Orientação: Organização, controle de informações científicas atualizadas, disponíveis e acessíveis (acervos de consulta para os colaboradores, sistema para organização dos arquivos, desenvolvimento dos conhecimentos da organização).

Fonte: Elaborado a partir das informações do MBAH

(2002).

ANEXO II: Detalhamento Processos MEG

Fundamento	Processo	Detalhamento
Pensamento Sistêmico	Definição dos Indicadores Estratégicos	Os Planos de ação são também conhecidos como projetos estratégicos. Evidências: Apresentar os principais indicadores, suas metas e principais ações planejadas ou projetos, relativos à implementação das estratégias.
	Definição das Informações Comparativas	Os referenciais comparativos são aqueles necessários para apoiar a análise da competitividade da organização, tanto no âmbito operacional quanto no estratégico. A obtenção dos referenciais comparativos, no mercado ou setor de atuação, pode abranger a região de atuação da organização ou, quando se desejar conhecer os níveis dos melhores da classe, as regiões onde o setor é mais desenvolvido ou o mundo inteiro. Evidências: Destacar os critérios utilizados para definir quais são os resultados mais importante a serem comparados. Destacar os critérios utilizados para definir a pertinência de referencias comparativa utilizada pela organização.
	Tomada de Decisão com o Envolvimento de Pessoas de Diferentes Níveis e Processos	A tomada de decisão tem a finalidade de compartilhar informações nos diversos níveis da estrutura de liderança, sobre as dificuldades encontradas e as oportunidades identificadas no dia a dia da organização, e de deliberar sobre a melhor forma de encaminhar as ações, corretivas ou proativas. A tomada de decisão abrange os métodos coordenados para deliberar e decidir direções a seguir e ações a realizar, desde o nível de governança até o nível operacional, em alinhamento às estratégias e objetivos da organização. Evidências: Destacar a forma de assegurar transparência e envolvimento dos principais interessados nos temas tratados.

Fundamento	Processo	Detalhamento
	Comunicação das Ações Tomadas	A comunicação das decisões visa assegurar que as ações decididas sejam repassadas para as partes interessadas. Evidências: Destacar a forma utilizada para adequar a comunicação a cada tipo de público envolvido.
	Acompanhamento das Decisões Tomadas	O acompanhamento das decisões visa assegurar que as ações decididas sejam colocadas em prática e concluídas. Evidências: Destacar a forma utilizada pela direção para acompanhar a implementação das decisões.
Fundamento	Processo	Detalhamento
Compromisso com as Partes Interessadas	Identificação das Necessidades e Expectativas das Partes Interessadas	O levantamento dos interesses das partes interessadas relevantes e a proteção de seus direitos visam maximizar a sua satisfação de forma equilibrada e a sustentabilidade da organização. Evidências: Destacar os critérios utilizados para a identificação das partes interessadas, bem como, suas necessidades e expectativas.
	Tratamento de Solicitações e Reclamações	O tratamento das manifestações visa assegurar que elas sejam pronta e eficazmente atendidas ou solucionadas. Evidências: Destacar a forma utilizada para a análise dessas manifestações e reclamações.
	Comunicação com as Partes Interessadas	A comunicação com as partes interessadas visa harmonizar os interesses das partes interessadas, buscando a satisfação. Evidências: Destacar a forma utilizada para a comunicação com as partes interessadas.

Fundamento	Processo	Detalhamento
	Interação da Direção com as Partes Interessadas	<p>A interação da direção com as partes interessadas relevantes tem por objetivo conhecer e compreender, sem intermediários, seus principais anseios, identificar o valor percebido na organização e em seus produtos e informá-las sobre as políticas e metas institucionais, buscando oportunidades, o engajamento, validando estratégias e gerando credibilidade em relação à organização.</p> <p>A interação com partes interessadas pode incluir aquelas realizadas por intermédio da estrutura de liderança adotada.</p> <p>Evidências: Citar os objetivos das principais interações realizadas com as partes interessadas.</p>
	Definição dos Clientes Alvo	<p>A definição dos clientes-alvo tem por objetivo estabelecer os grupos de clientes com características similares, possibilitando a configuração de serviços de marketing e vendas adequados para cada grupo e viabilizando à escala.</p> <p>Evidências: Destacar os critérios adotados para a definição de clientes-alvo.</p>
	Divulgação de Produtos	<p>A divulgação dos produtos aos clientes e ao mercado visa a assegurar que eles tenham pleno conhecimento da organização, assim como criar credibilidade, confiança e imagem positiva.</p> <p>Evidências: Destacar os métodos utilizados para avaliar os níveis de conhecimento dos clientes e mercados a respeito dos seus produtos e ações.</p>
	Relacionamento com Clientes	<p>Mencionar, quando aplicável, também os canais de relacionamento estabelecidos via parceiros, como distribuidores, revendedores, representantes e afins, para receber solicitações, reclamações e sugestões.</p> <p>Evidências: Destacar os principais mecanismos ou canais de interação com os clientes.</p>

Fundamento	Processo	Detalhamento
	Avaliação de Satisfação	<p>A avaliação da satisfação dos clientes tem por objetivo mensurar sua percepção sobre a organização e seus produtos e identificar oportunidades para melhoria, aumentando a satisfação.</p> <p>Evidências: Destacar as formas utilizadas para avaliar a satisfação dos clientes, em relação aos clientes dos concorrentes ou de organização de referência.</p>
	Seleção de Fornecedores	<p>A seleção de fornecedores tem por objetivo definir a melhor opção de fornecimento, ponderando os fatores relevantes para a organização. A qualificação de fornecedores tem a finalidade de verificar se os candidatos possuem as qualidades necessárias para se tornar fornecedores.</p> <p>Evidências: Destacar os principais critérios utilizados para a seleção.</p>
	Avaliação do Desempenho dos Fornecedores	<p>A avaliação dos fornecedores tem por finalidade retroalimentá-los com as informações sobre seu desempenho, para incentivar melhorias.</p> <p>Evidências: Destacar as formas de pronta comunicação de eventuais não conformidades e de solicitação de ações corretivas aos fornecedores. Apresentar os principais requisitos de fornecimento a serem atendidos pelos fornecedores e os respectivos indicadores de desempenho.</p>
	Seleção da Força de Trabalho	<p>A seleção de pessoas, interna e externamente, tem a finalidade de preencher as vagas da organização com profissionais compatíveis às necessidades de desempenho atual e futuro. O recrutamento interno tem por objetivo maximizar as oportunidades de desenvolvimento atual.</p> <p>Evidências: Destacar de que maneira é acompanhada, no mercado de trabalho, a disponibilidade de pessoas com as competências requeridas pela organização e de que forma é tratada a eventual escassez. Destacar de que forma a organização estimula a inclusão de minorias e assegura a não discriminação e a igualdade de oportunidades para todas as pessoas.</p>

Fundamento	Processo	Detalhamento
	Preparação das Pessoas para o Exercício das suas Funções	A capacitação tem a finalidade de assegurar que as demandas, decorrentes das funções das pessoas e das estratégias da organização, sejam incorporadas aos programas de treinamento das pessoas. Evidências: Citar os principais programas voltados a preparação das pessoas.
	Promoção do Desenvolvimento da Força de Trabalho	O desenvolvimento tem o objetivo de preparar as pessoas para os desafios da melhoria contínua, visando a criar a cultura de aprendizado, inovação e comprometimento com os resultados da organização. Evidências: Citar os principais programas incluindo aqueles relacionados ao desenvolvimento de líderes e à formação da cultura da excelência.
	Avaliação de Desempenho das Pessoas	A avaliação tem a finalidade de informar as pessoas avaliadas sobre seu desempenho, debatendo formas de melhorá-lo. O desempenho pode abranger qualquer fato considerado importante para o exercício das funções como, por exemplo, cumprimento de obrigações, alcance de metas, comportamentos esperados, qualidade do trabalho e outros. Evidências: Destacar a forma de definir as necessidades de melhoria com as pessoas.
	Remuneração, Reconhecimento e Incentivos à Força de Trabalho	O reconhecimento tem por objetivo promover a mobilização das pessoas pela motivação, identificando e reforçando comportamentos de alto desempenho ou realizações extraordinárias, sem pré-condições. O reforço de comportamentos pode incluir premiações, recompensas ou oportunidades especiais, formais ou informais, individuais ou em grupo. O incentivo tem a finalidade de promover a mobilização pelo desafio, condicionando seu recebimento ao alcance de metas de alto desempenho. Os incentivos podem abranger alcance de metas, aquisição de conhecimentos, habilidades e competências ou outros fatores indutores do alto desempenho. Evidências: Destacar como as pessoas são incentivadas e reconhecidas.

Fundamento	Processo	Detalhamento
	Tratamento dos Perigos e Riscos Relacionados à Saúde e à Segurança	Os riscos relacionados à saúde ocupacional e segurança das pessoas são tratados com o objetivo de prevenir os fatores que possam ameaçar a integridade física ou psicológica dos integrantes da força de trabalho, em decorrência de suas atividades. A identificação de perigos tem por finalidade assegurar que os riscos existentes estejam sendo tratados. A saúde ocupacional abrange aspectos relativos à ergonomia. Evidências: Citar os principais programas e as metas para eliminar ou minimizar esses riscos.
	Promoção da Satisfação e do Comprometimento da Força de Trabalho	A avaliação do bem-estar e a satisfação das pessoas tem a finalidade de averiguar as condições de trabalho, não apenas em relação à saúde e segurança, mas também quanto ao conforto nos postos de trabalho. O desenvolvimento do bem-estar tem a finalidade de promover um ambiente de trabalho agradável e participativo, com consequente motivação e entusiasmo das pessoas. Evidências: Destacar de que forma são tratados, com a participação de líderes, os fatores identificados na avaliação que afetam o bem-estar e a satisfação das pessoas.
Fundamento	Processo	Detalhamento
Aprendizado Organizacional e Inovação	Diagnóstico Organizacional, Identificando os Pontos e as Lacunas de Gestão	O diagnóstico organizacional tem como objetivos: Identificar os pontos fortes da organização, identificar os problemas e das oportunidades de melhorias. Evidências: Apresentar as forma utilizadas para a realização do diagnóstico organizacional.
	Implementação das Melhorias de Gestão	Após o diagnóstico foi identificado às ações de melhorias, permitindo assim, a execução de planos de ação. Evidências: Apresentar histórico da evolução da maturidade da gestão.

Fundamento	Processo	Detalhamento
	Identificação dos Conhecimentos mais Importantes para a Organização	Os conhecimentos da organização para realizar sua missão podem incluir conhecimentos relativos a clientes e mercados, produtos, processos, tecnologias, pessoas, fornecedores, relacionamento, articulações e memória organizacional. A classificação dos conhecimentos é importante para definir os seus tipos e propósitos, e fundamental para identificar os conhecimentos mais importantes. Os critérios de classificação podem incluir: pertinência, valor, confiabilidade, propósito, redundância, grau de incerteza ou outros conhecimentos mais importantes. Evidências: Apresentar as principais fontes de conhecimento utilizadas, internas e externas.
	Desenvolvimento dos Conhecimentos mais Importantes	O desenvolvimento dos conhecimentos pode incluir, além do treinamento, o estabelecimento de equipes de conhecimento, de melhoria de processos ou de aprendizado, centros de competências, pesquisa e desenvolvimento, comunidades de prática, registro de lições aprendidas, fomento à inovação e busca de melhores práticas. Evidências: Destacar de que maneira a organização cria um ambiente favorável à busca e geração de conhecimento.
	Desenvolvimento da Inovação	O desenvolvimento da inovação é voltado ao estímulo de novas ideias que buscam melhores resultados para as partes interessadas. Evidências: Apresentar as formas utilizadas pela organização para a indução de novas ideias.
Fundamento	Processo	Detalhamento
Adaptabilidade	Definição das Mudanças Necessárias	A definição de mudanças leva em consideração o contexto do mundo atual. Uma vez que, quando o mundo muda, o contexto também muda. Evidências: Destacar a forma de definição das mudanças necessárias, incluindo a participação dos níveis hierárquicos da organização.

Fundamento	Processo	Detalhamento
	Implantação das Mudanças	A implantação das mudanças requer uma análise completa, sendo necessário uma mudança de cultura para implementar as mudanças. A flexibilidade resposta mais rápida. Evidências: Destacar as mudanças implementadas de acordo com o contexto atual.
	Revisão dos Processos em Tempo Adequado às Mudanças	A revisão dos processos é referente a mudança atual. A partir de uma mudança do contexto, devem-se rever os processos, permitindo a flexibilidade de respostas mais rápidas. Evidências: Destacar as melhorias apresentadas, a partir da revisão dos processos.
	Revisão dos Produtos em Tempo Adequado às Mudanças	A revisão dos produtos é referente a mudança atual. A partir de uma mudança do contexto, devem-se rever os produtos, permitindo a flexibilidade de respostas mais rápidas. Evidências: Destacar as melhorias apresentadas, a partir da revisão dos produtos.
Fundamento	Processo	Detalhamento
Liderança Transformadora	Definição de Valores, Princípios e Diretrizes Organizacionais	A apresentação de valores e princípios organizacionais inclui, por exemplo, as declarações de missão, visão, credos e outras categorias de princípios porventura existentes. Evidências: Apresentar os valores e princípios organizacionais. Destacar o envolvimento dos controladores da organização na definição das diretrizes.
	Definição de Padrões de Conduta para Assegurar Relacionamento Ético com as Partes Interessadas	Os padrões de conduta contidos nos códigos devem abranger os principais processos e relacionamento em que há risco de ocorrência de assédio não ético, corrupção e fraudes. Evidências: Citar os códigos de conduta emitidos.

Fundamento	Processo	Detalhamento
	Comunicação de Valores, Princípios e Padrões de Conduta para as Partes Interessadas Pertinentes	<p>A comunicação dos valores, princípios organizacionais, padrões de conduta, estratégias, objetivos e metas, tem a finalidade de desenvolver um sentimento coletivo de pertencer a um grupo de pessoas que compartilham e perseguem os mesmos ideais, potencializando a contribuição de cada um.</p> <p>Os interlocutores do ambiente em que a organização opera, que estão envolvidos nas questões éticas, abrangem partes interessadas, redes importantes, concorrentes e outros interlocutores com os quais a organização precisa se relacionar.</p> <p>Evidências: Apresentar os canais de comunicação disponíveis para receber reclamações, denúncias e sugestões relativas à conduta, envolvendo a organização.</p>
	Engajamento da Força de Trabalho	<p>O engajamento da força de trabalho pode compreender: a comunicação e o monitoramento da aplicação dos padrões de conduta e ética.</p> <p>Evidências: Destacar de que forma é avaliado o entendimento dos valores, princípios e padrões de conduta pela força de trabalho.</p>
	Tratamento dos Riscos	<p>Os riscos aos qual a organização está sujeita são aqueles que ameaçam a consecução dos objetivos estratégicos e do negócio à luz das incertezas do mercado e do setor de atuação, do ambiente macroeconômico e dos próprios processos da organização. Os riscos aos qual a organização está sujeita podem ser classificados em função da sua origem ou tipo, por exemplo: risco de saúde e segurança, risco ambiente, risco financeiro, legal, do negócio, tecnológico, operacional e regulatório, entre outros.</p> <p>Evidências: Destacar a forma de classificar, definir a relevância e monitorar os riscos.</p>

Fundamento	Processo	Detalhamento
	Conformidade com os Requisitos Legais, Regulamentares, Padrões e Diretrizes Organizacionais	<p>A tradução de leis, regulamentos e normas ou códigos de adesão voluntária, aplicáveis à organização tem a finalidade de estabelecer parâmetros objetivos de monitoramento do atendimento.</p> <p>As leis, regulamentos e normas ou códigos de adesão voluntária, aplicáveis à organização, representam necessidades e expectativas da sociedade em geral, em relação à organização.</p> <p>Evidências: A organização pode atender traduzindo a condição de legalidade em requisitos de desempenho, por exemplo, de conformidade.</p>
	Prestação de Contas às Partes Interessadas Aplicáveis	<p>O controle sobre os atos da direção visa a verificar se esses estão ocorrendo de acordo com limites de delegação, pré-estabelecidos em estatutos, contratos de gestão, definições de níveis de alçada ou documentos afins.</p> <p>A prestação de contas das ações da direção para os controladores tem a finalidade de alinhar essas ações às expectativas desses controladores, dando à possibilidade, inclusive do realinhamento estratégico da organização, quando necessários.</p> <p>Evidências: Destacar a forma utilizada para assegurar a autenticidade e suficiência das informações relativas à prestação de contas.</p>
	Análise do Ambiente Externo e suas Tendências	<p>A análise do ambiente externo visa à definição de prioridades quanto às estratégias para seu aproveitamento ou contorno. As forças impulsoras e restritivas do ambiente externo abrangem aquelas provenientes do microambiente, das características do setor de atuação e dos mercados de atuação.</p> <p>Evidências: Citar as principais informações utilizadas e as respectivas fontes.</p>

Fundamento	Processo	Detalhamento
	Análise do Ambiente Interno	<p>As forças impulsoras e restritivas do ambiente interno abrangem aquelas relacionadas à força de trabalho, infraestrutura, questões econômico-financeiras, processos, tecnologias, capacidades, informações e outros. Entre as forças impulsoras do ambiente internos mais importantes, encontram-se os ativos intangíveis.</p> <p>Evidências: Destacar de que forma as informações sobre os riscos aos qual a organização está sujeita, os elementos culturais a serem desenvolvidos e as competências essenciais são considerados na análise.</p>
	Definição das Estratégias, Considerando Requisitos das Partes Interessadas e a Produtividade da Organização	<p>A definição das estratégias tem como finalidade estabelecer os objetivos e as iniciativas, necessárias para cumprir a missão e alcançar a visão de futuro da organização, aproveitando as forças impulsoras e contornando as forças restritivas, provenientes do ambiente externo e do ambiente interno.</p> <p>Evidências: Apresentar as principais estratégias e objetivos da organização.</p>
	Desdobramento das Metas Considerando Referências Comparativos e Requisitos das Partes Interessadas	<p>O estabelecimento de metas para o êxito das estratégias tem como objetivo definir níveis de desempenho esperados para os indicadores estratégicos, com base em fatos, tais como: projeções de históricos, previsões mercadológicas, níveis de resultados alcançados por outras organizações do mercado ou setor de atuação, picos de resultados já alcançados anteriormente e desafios incrementais.</p> <p>Evidências: Destacar a forma de assegurar a coerência das metas com as estratégias.</p>
	Monitoramento dos Planos de Ação e seus Recursos	<p>A definição dos planos de ação tem a finalidade de selecionar projetos ou ações que possibilitam alcançar as estratégias definidas e os resultados definidos pelas metas. A alocação de recursos visa assegurar a implementação dos planos de ação que sustentam as estratégias.</p> <p>Evidências: Destacar a maneira utilizada pela direção para acompanhar a situação da implementação dos planos de ação de forma integrada.</p>

Fundamento	Processo	Detalhamento
	Análise do Desempenho Estratégico e Operacional	<p>A análise do desempenho da organização tem a finalidade de estimular o comprometimento dos diversos níveis da estrutura de liderança com o alcance de metas, por meio do controle de resultados, incluindo a avaliação do nível de competitividade da organização do mercado ou setor de atuação e a verificação do atendimento às necessidades das partes interessadas.</p> <p>Evidências: Destacar as formas de utilização, na avaliação do desempenho, de metas, referenciais comparativos e principais requisitos de partes interessadas.</p>
	Desenvolvimento de Líderes Atuais e Potenciais	<p>O desenvolvimento de novos líderes aborda temas que aumentem a competência, por meio de qualificação em novas habilidades que os tornem mais preparados profissionalmente, independente das funções que exercem.</p> <p>Evidências: Destacar os métodos de orientação, ou aconselhamento, empregabilidade e desenvolvimento de carreira.</p>
Fundamento	Processo	Detalhamento
Desenvolvimento Sustentável	Definição dos Requisitos de Desempenho Econômico-Financeiro	<p>Cada organização em função de seu perfil e estratégias precisa identificar os parâmetros financeiros que devem ser controlados. Usualmente, são utilizados indicadores, tais como: Estrutura, liquidez, atividade, rentabilidade, etc.</p> <p>Evidências: Apresentar os principais requisitos e os respectivos indicadores de desempenho monitorados, incluindo aqueles relativos aos grupos de estrutura, liquidez, atividade e rentabilidade.</p>
	Elaboração do Orçamento quanto a Receitas, Despesas e Investimentos	<p>A elaboração e o controle do orçamento têm a finalidade de viabilizar o planejamento, responsabilização, controle e análise integrada e segmentada das receitas, despesas e investimentos, proporcionando elementos para projeção de resultados financeiros da organização.</p> <p>Evidências: Destacar a forma utilizada para assegurar o alinhamento entre o orçamento e as estratégias e objetivos da organização.</p>

Fundamento	Processo	Detalhamento
	Acompanhamento Econômico-Financeiro (Fluxo de Caixa)	A manutenção do fluxo financeiro equilibrado tem por objetivo assegurar a disponibilidade de recursos para operacionalização de suas atividades sem sobressaltos. Evidências: Destacar os critérios usados para captação de recursos, concessão de créditos e controle de recebimentos.
	Monitoramento do Orçamento	O controle do orçamento têm a finalidade de viabilizar o planejamento, responsabilização, controle e análise integrada e segmentada das receitas, despesas e investimentos, proporcionando elementos para projeção de resultados financeiros da organização. Evidências: Destacar a forma utilizada para o monitoramento do orçamento.
	Monitoramento dos Requisitos de Desempenho Ambiental	As leis, regulamentos e normas ou código de adesão voluntária, aplicáveis a organização, representam necessidades e expectativas da sociedade em geral em relação a organização. Evidências: Destacar de que forma é assegurado o pleno atendimento aos requisitos relativos às leis, regulamentos e normas.
	Prevenção dos Impactos Ambientais	Os impactos ambientais, são aqueles que a organização tem influência e devem ser considerados ao longo do ciclo de vida do produtos, desde o projeto até a disposição final de reutilização. Evidências: Apresentar as principais ações e metas para eliminar, minimizar ou compensar os impactos ambientais.
	Monitoramento dos Requisitos de Desempenho Social	Entre os impactos sociais, incluem-se aqueles relativos a segurança, saúde e qualidade de vida de usuários e da população em geral, que possam advir dos produtos, processos e instalações da organização. Evidências: Apresentar as principais ações voltadas ao desenvolvimento social.
	Acessibilidade as Instalações	Acessibilidade significa possibilitar que pessoas com necessidades especiais possam ter acesso as instalações da organização. Evidências: Destacar as ações voltadas à acessibilidade.

Fundamento	Processo	Detalhamento
	Estímulo ao Voluntariado e Inclusão Social	Destacar a forma de desenvolver parcerias ou de atuar em rede, conscientizar e envolver as partes interessadas na implementação ou apoio às suas ações e projetos. Evidências: Citar as principais ações implementadas como forma de contribuição para a solução dos grandes temas mundiais.
Fundamento	Processo	Detalhamento
Orientação por Processos	Implantação dos Sistemas de Informação e Comunicação	A identificação de necessidades de informações para operar e gerenciar a organização tem o objetivo de projetar sistemas de informação, informatizados ou não, compatíveis com as estratégias e as necessidades dos usuários. A disponibilização de sistemas de informação tem a finalidade de aumentar a produtividade e a qualidade no trato da informação, por meio de ferramentas e tecnologias. Os sistemas de informação podem incluir sistemas não informatizados, visando a atender às necessidades de informação e de seu tratamento, como, por exemplo, sistemas de gestão à vista, sistemas de controle visuais, sistema de manuais, sistema de prontuários, sistemas de documentos para operação manual. Evidências: Citar os principais sistemas de informação em uso e sua finalidade.
	Tratamento dos Riscos à Segurança da Informação	A segurança das informações busca assegurar a confidencialidade, com a finalidade de restringir o acesso e a distribuição das informações aos usuários e públicos autorizados a recebê-las, protegendo o acervo de informações da organização contra o uso indevido. A confidencialidade das informações pressupõe que somente pessoas autorizadas tenham acesso a elas. Evidências: Destacar os métodos de segurança de informação, utilizados para buscar assegurar a atualização, confidencialidade, integridade das informações e a disponibilidade das informações.

Fundamento	Processo	Detalhamento
	Mapeamento dos Processos da Cadeia de Valor	A organização dos processos da cadeia de valor visa ao agrupamento de atividades em conjuntos, para facilitar a gestão. Evidências: Apresentar a cadeia de valor da organização, bem como o mapeamento dos processos.
	Definição dos Requisitos Aplicáveis a Cadeia de Valor	A definição dos requisitos aplicáveis aos produtos e processos da cadeia de valor tem a finalidade de identificar os esforços necessários para o atendimento das necessidades e expectativas das partes interessadas. Evidências: Apresentar os principais requisitos relativos aos produtos e processos da cadeia de valor à serem atendidos e os respectivos indicadores de desempenho.
	Análise dos Processos da Cadeia de Valor	A análise dos produtos e processos da cadeia de valor tem a finalidade de melhor atender às necessidades e expectativas das partes interessadas. Evidências: Destacar as formas de investigação de características de produtos e de processos da cadeia de valor em outras organizações para buscar melhorias.
	Melhoria dos Processos da Cadeia de Valor	A melhoria dos produtos e processos da cadeia de valor tem a finalidade de melhor atender às necessidades e expectativas das partes interessadas. Evidências: Citar as principais melhorias ou inovações recentes implementadas em produtos e em processos da cadeia de valor.
	Gerenciamento do Desempenho dos Processos da Cadeia de Valor, Incluindo Padronização e Controle	O controle dos processos tem por finalidade assegurar que os requisitos de processos e produto sejam atendidos e, conseqüentemente, sejam atendidas as necessidades e expectativas de clientes e de outras partes interessadas. O controle é realizado por meio dos indicadores de desempenho, cujos resultados são comparados com padrões (metas) previamente estabelecidos. Evidências: Destacar os métodos de padronização e controle, bem como, a forma de tratamento de eventuais não conformidades identificadas e de implementação das ações corretivas.

Fundamento	Processo	Detalhamento
	Identificação da Oportunidade de Desenvolvimento de Novos Produtos	A identificação de oportunidades de desenvolvimento de novos produtos, pode ser realizada de acordo com investigação em organizações de referência. Vale ressaltar, a gestão de novas tecnologias que deve ser considerada para que a organização antecipe tendências e esteja preparada para os desafios futuros. Evidências: Destacar a forma utilizada para a identificação de oportunidades de novos produtos.
	Desenvolvimento de Produtos	A expressão "novos produtos" inclui variações em produtos existentes. Os novos produtos devem ser desenvolvidos para atender aos requisitos dos clientes e de outras partes interessadas. Evidências: Destacar as metodologias de projeto utilizadas para desenvolvimento de novos produtos.
Fundamento	Processo	Detalhamento
Geração de Valor	Resultados Econômico-financeiros	Apresentar os resultados dos principais indicadores relativos aos econômicos-financeiros. Evidências: Classificar os resultados segundo grupo de liquidez, atividade e rentabilidade conforme aplicável.
	Resultados Ambientais	Apresentar os resultados dos principais indicadores relativos a responsabilidade ambiental. Evidências: Classificar os resultados por instalações, e etc.
	Resultados Sociais	Apresentar os resultados dos principais indicadores relativos a responsabilidade social. Evidências: Classificar os resultados por comunidades mais importantes.
	Resultados Relativos a Clientes	Apresentar os resultados dos principais indicadores relativos aos clientes. Evidências: Classificar os resultados por segmentos de mercado. Grupos de clientes mais importantes, conforme aplicável.
	Resultados Relativos à Força de Trabalho	Apresentar os resultados dos principais indicadores relativos aos clientes. Evidências: Classificar os resultados por segmentos de mercado. Grupos de clientes ou tipos de produtos mais importantes, conforme aplicável.

Fundamento	Processo	Detalhamento
	Resultados Relativos a Fornecedores	Apresentar os resultados dos principais indicadores relativos a força de trabalho. Evidências: Estratificar os resultados por funções na organização ou grupos de pessoas da força de trabalho e, conforme aplicável, por instalações mais importantes.
	Resultados dos Processos e Produtos	Apresentar os resultados dos principais indicadores relativos aos produtos e processos Evidências: Estratificar os resultados de produtos e processos da cadeia de valor.

Fonte: Elaborado a partir das informações dos Cadernos de excelência: introdução ao modelo de excelência da gestão – FNQ (2011).